

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le mercredi 4 juillet 1900, à 1 heure

PAR

A. RALLI

ÉTUDE CLINIQUE

DE LA

GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE

Président : M. PINARD, Professeur.

*Juges : MM. { FOURNIER, Professeur.
GILLES de la TOURETTE, Agrégé.
VARNIER, Agrégé.*

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical

PARIS

A. MALOINE, ÉDITEUR

23-25, RUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE, 23-25

1900



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL
Professeurs	MM.
Anatomie.....	FARABEUF.
Physiologie.....	CH. RICHEL.
Physique médicale.....	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....	DEBOVE.
Anatomie pathologique.....	LANNELONGUE
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....	BERGER.
Thérapeutique.....	POUCHET.
Hygiène.....	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses.....	JOFFROY.
	RAYMOND
Clinique chirurgicale.....	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....	TILLAUX.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchement.....	GUYON.
	BUDIN.
	PINARD.

Agrévés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIROLOIX.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THOINOT.
ANDRÉ.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
BONNAIRE.	GILLES DE LA	MENÉTRIÉR.	VARNIER.
BROCA Auguste.	TOURETTE.	MERY.	WALLICH.
BROCA André.	HARTMANN.	ROGER.	WALTHER.
CHARRIN.	LANGLOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	TEISSIER.	WURTZ.
DELBET.	LEGUEU.	THIERY.	
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

AVANT-PROPOS

Nous ne saurions entrer en matière sans adresser tous nos remerciements à tous ceux qui pendant le cours de nos études médicales ont été nos maîtres dans les hôpitaux.

D'une façon toute spéciale nous devons exprimer notre plus profonde et sincère gratitude à M. le professeur Pinard pour avoir accepté la présidence de cette thèse, pour l'amitié qu'il a bien voulu nous témoigner et pour la bienveillance qu'il nous a montrée.

Nous n'oublierons pas M. le professeur Duplay, dans le service duquel nous avons été longtemps stagiaire. Nous avons largement profité de son si savant et si précieux enseignement chirurgical et nous l'en remercions bien sincèrement.

Nous avons passé notre stage de médecine dans le service de M. le professeur Dieulafoy et nous ne saurions trop le remercier de l'intérêt qu'il nous a montré et de l'amitié dont il a bien voulu nous honorer ensuite.

vons cependant rappeler que c'est Gallard le premier, qui rapporta l'hématocèle rétro-utérine à une ponte anormale et que Lawson Tait a vulgarisé la théorie pathogénique, aujourd'hui admise, considérant l'hématocèle comme le résultat de la rupture d'une trompe gravide; aussi, doit-on toujours, en présence de troubles du côté de l'appareil génital de la femme, penser à la possibilité d'une grossesse ectopique, affection qui apparaît de jour en jour plus fréquente.

Les erreurs de diagnostic se commettent le plus souvent dans la première période de la grossesse extra-utérine, avant que la présence d'un fœtus soit certaine, mais les commémoratifs, l'examen approfondi de la malade par tous les moyens d'exploration permet la plupart des fois, de poser le diagnostic d'une façon presque certaine.

Et M. Wallich (*Revue d'obst. et de path.* sept. 1895), dit : « En pratique, ce qu'il est important de connaître dans la grossesse extra-utérine, ce n'est ni l'étiologie encore problématique, ni l'anatomie pathologique à peine ébauchée, ni les nombreuses variétés décrites suivant le lieu d'origine du kyste; mais ce qu'il faut savoir, c'est la symptomatologie qui est semblable à peu près dans toutes les variétés de grossesse ectopique, de façon à penser à cette affection, à la reconnaître, à la diagnostiquer, car, étant donnés les accidents qui menacent la femme atteinte de grossesse extra-utérine, il faut être en mesure de l'opérer au moment jugé opportun, ou d'urgence si les circonstances l'exigent..... et le devoir du praticien est, *la grossesse ectopique reconnue*, de

mettre la femme aussitôt dans des conditions où elle puisse être traitée ».

C'est donc cette étude clinique de la grossesse extra-utérine que nous allons essayer d'entreprendre, et si, en effet, il était possible de poser de bonne heure et d'une façon certaine ce diagnostic, sachant que la femme, présentant cette particularité, est soumise à un double danger : l'hémorrhagie interne grave et l'infection péritonéale. Ces considérations s'appliquant à toutes les périodes de la grossesse extra-utérine, il en résulterait à coup sûr, des indications thérapeutiques spéciales. Nous nous efforcerons donc, en groupant les différents symptômes et surtout en faisant ressortir l'importance de quelques-uns parmi leur grand nombre, à montrer qu'il n'est pas trop difficile à faire le diagnostic de la grossesse ectopique dans toutes ses périodes.

Pour notre part, malgré le peu d'expérience que nous avons pu acquérir, nous pensons que dans la pratique, on néglige trop souvent les troubles fonctionnels et physiques du début, et l'on glisse sur ces phénomènes initiaux sans s'y arrêter comme il le faudrait, et tandis qu'un observateur sagace et minutieux soupçonnera, dès la première heure, la possibilité d'une grossesse ectopique et la marche ultérieure de la maladie confirmera ou infirmera son diagnostic, un autre ne poussant pas son interrogatoire et ses investigations aussi loin qu'il devrait le faire, passera à côté du diagnostic.

La description des symptômes de la grossesse extra-utérine présente, dans les différents auteurs classiques, l'inconvénient de n'être pas classés d'une façon pratique ;

les symptômes y sont exposés sans beaucoup d'ordre, et cette confusion ne vous permet pas de saisir la valeur des différents signes.

Nous allons essayer d'y jeter un peu de clarté et de précision en classant chaque symptôme dans la période correspondante et d'en faire ressortir l'importance pour le diagnostic.

Nous étudierons successivement : 1^o Les symptômes communs à la grossesse extra-utérine avec enfant vivant ou mort, c'est-à-dire avant l'apparition des signes de certitude *visant dans ce chapitre la première période*; 2^o Les symptômes avec enfant mort; 3^o Avec enfant vivant et puis le diagnostic différentiel.

Enfin les complications, puis quelques considérations générales sur le pronostic, le traitement et ses indications.

CHAPITRE I^{er}

Symptômes communs à la grossesse extra-utérine avec enfant mort ou vivant, c'est-à-dire avant la période des signes de certitude.

L'importance des signes caractérisant cette période est considérable, car les troubles fonctionnels et physiques si peu accusés qu'ils soient ne manquent jamais et nous pensons tout en reconnaissant que l'hématocèle rétro-utérine est intimement liée à la grossesse ectopique, qu'il est nécessaire actuellement de distraire une grande partie de sa symptomatologie en faveur de la grossesse extra-utérine et que nous devons aujourd'hui compléter cette vaste étude et en former une partie propre à la grossesse extra-utérine. Et la définition de la grossesse par M. Pinard « état de la femme pendant toute la durée du développement de l'œuf humain » s'applique également à la grossesse extra-utérine ; nous trouvons dans beaucoup d'observations des symptômes de grossesse normale, mais il est exceptionnel qu'une

grossesse ectopique évolue avec les seules symptômes de la grossesse normale. (Observ. III. Ann. de gyn. Avril 1889. Pinard, observ. n° 23 dans cette thèse). Ces signes de grossesse ne manquent jamais lorsque dans la grossesse ectopique l'enfant est vivant: suppression des règles, nausées, gonflement des seins, sécrétion lactée, tumeur abdominale, puis mouvements du fœtus, bruits du cœur, etc.

A côté des symptômes physiologiques qui accompagnent la grossesse normale viennent se greffer *des symptômes pathologiques qui dès le début feront penser à un praticien prévenu « qu'il y a quelque chose d'anormal »*.

Si pendant les premiers mois, les conditions essentiellement défavorables dans lesquelles le fœtus se trouve ne le tuent pas, il continue à se développer plus ou moins complètement et peut être même extrait vivant de l'abdomen de sa mère. Il s'en suit que la symptomatologie de la grossesse normale est capable de se retrouver dans la grossesse extra-utérine. Mais dans la plus grande majorité des cas, l'embryon meurt, s'enkyste ou se résorbe et c'est l'anatomie pathologique qui nous démontre la fréquence de ces cas dans les premières semaines de la grossesse ectopique. Or, l'étude des phénomènes de cette première période est d'une importance capitale, car c'est elle le plus souvent qui nous met sur la voie du diagnostic en vue de l'intervention.

Nous diviserons ce chapitre en *troubles fonctionnels et physiques*. Nous étudierons d'abord les troubles fonctionnels qui sont :

Douleurs ;

Ecoulements ;

Troubles de la miction et de la défécation et troubles généraux.

Troubles fonctionnels. a) *Douleurs.* C'est presque toujours après un premier retard ou suppression de règles qu'apparaît l'élément douleur qui annonce quelque chose d'irrégulier dans le bas ventre. Son intensité est pourtant très variable et le début brusque et dramatique est plus rare que l'on ne croit et surtout qu'il n'a été écrit, mais, ce symptôme est constant dans toutes nos observations : aussi est-il bien rare qu'il ne marque par le début de la maladie, l'importance de ce symptôme douleur est donc grande. Les douleurs commencent habituellement avant l'écoulement sanguin, et ne tardent pas à s'irradier dans tout le ventre et les malades font un geste indiquant tout le bas ventre. En les interrogeant cependant d'une façon minutieuse, on apprend dans la plus grande majorité des cas que ces douleurs ont débuté soit à gauche soit à droite, exceptionnellement sur la ligne médiane. Cette douleur plus ou moins profonde s'étend à une certaine distance et peut avoir des irradiations dans les différentes régions : pubis, reins, région inguinale, cuisse etc., elle revêt dans l'abdomen un caractère particulier elle se présente sous forme de coliques. Les douleurs sont sujettes à des exacerbations, qui tiennent à des causes comme les pertes de sang, de caillots, de fraguements de membranes et alors les douleurs ressemblent fort à celles de l'avortement.

Et si les phénomènes douloureux prennent une inten-

sité plus grande, on peut dans ces premiers mois, penser à un faux travail précédant l'avortement. On rencontre en effet comme dans l'avortement, des douleurs, une perte de sang et quelquefois l'expulsion d'une masse membraneuse qu'il est facile à un examen superficiel de prendre pour un jeune œuf.

« Mais à un examen plus attentif du produit expulsé (ce qui malheureusement arrive rarement), on pourra s'apercevoir que l'aspect de ces membranes est homogène sur toute leur étendue, ne présentant sur aucun point l'épaississement villeux du placenta en formation ou déjà formé, qu'il s'agit tout au moins d'un œuf incomplet et à ce titre la femme doit-être surveillée et examinée, *même alors que les phénomènes douloureux ont disparu et qu'elle ne perd pas de sang* » Wallich (*loco citato*).

La douleur peut-être exagérée par la station debout, par la marche etc., et dans certains cas sa persistance et son intensité est telle que les femmes sont obligées de garder le lit pendant des semaines et souvent de recourir aux injections de morphine ; aussi voyons-nous dans nos observations, les femmes obligées pendant un certain temps de quitter leur travail et leurs occupations « et il est rare de ne pas constater qu'à des époques variables la femme a souffert et a gardé le lit pendant un certain temps » (Wallich, *loc. cit.*). Il est évident que ces phénomènes douloureux doivent être en partie liés, outre ceux ressentis par la rupture du kyste et la compression, à des poussées inflammatoires contribuant à la formation d'adhérences qui relient entre elles les organes voisins.

Quelquefois les douleurs s'atténuent et disparaissent, et cette sensation semble coïncider avec la mort du fœtus, mais elles reviennent dans certains cas avec une intensité parfois considérable et en se manifestant près du terme elles donnent l'illusion du travail ; c'est ce qu'on a appelé faux travail. Dans le *Med. News*, 21 avril 1900, le docteur Coe a étudié la douleur comme symptôme pathognomonique de la grossesse extra-utérine, il y a évidemment une exagération dans ce qu'il avance, mais nous croyons utile de reproduire quelques-unes de ces assertions. « La douleur, dit-il, est pathognomonique de la grossesse ectopique, mais seulement dans certaines conditions : la douleur a, dans ces cas, le caractère d'une colique vive, localisée nettement d'un côté, accompagnée d'une faiblesse plus ou moins marquée et suivie d'une rémission complète dans la suite. Le pouls est accéléré pendant l'accès, mais il n'y a pas d'élévation de température. La douleur violente, déchirante, accompagne la rupture péritonéale et des accidents d'hémorrhagie interne. » Nous ajouterons que dans quelques cas, les malades se plaignent de douleurs persistant pendant des heures et même des jours sans répit et que le caractère de ces douleurs est tel qu'elles sont plus intolérables qu'aucune des autres douleurs de la même région que la femme soit susceptible de ressentir.

En résumé, le symptôme douleur est d'une grande importance dans la période initiale; il ne manque presque jamais, tout en atteignant des intensités variables et des formes diverses.

Ecoulements.— Nous n'entrerons pas dans les consi-

dérations étiologiques qui amènent les pertes de sang; nous nous bornerons à décrire leur nature, leurs caractères et un moyen nouveau d'exploration qui permettra de distinguer si l'écoulement est produit par une lésion de la muqueuse utérine ou par quelque cause que l'on puisse invoquer de nature à incriminer l'utérus. Bien qu'il y ait parmi nos observations des cas rares où il n'y avait aucune perte sanguine, les pertes de sang sont rarement défaut et sont des plus fréquentes. Aussi l'apparition de ces écoulements éveillent aussitôt l'attention des malades; ils se manifestent dès le début de la grossesse ectopique avant que les signes physiques puissent contribuer beaucoup à éclairer le diagnostic.

L'on ne saurait mieux faire que répéter ce que notre maître, M. Pinard, dit à ce sujet : « Bien que des auteurs classiques et non des moins autorisés admettent que les règles peuvent se produire pendant la grossesse ectopique comme pendant la grossesse utérine, je ne saurais trop m'élever contre cette manière de voir. La femme enceinte n'est pas plus réglée pendant la grossesse ectopique que pendant la grossesse utérine. Il peut se produire pendant toute la grossesse des hémorrhagies utérines, mais les hémorrhagies diffèrent toujours des hémorrhagies cataméniales physiologiques, par le défaut de périodicité aussi bien que par la quantité et la qualité du sang perdu. »

Et en effet, si l'on a soin de bien interroger les malades à ce sujet, elles vous répondent nettement que ces diverses pertes ne ressemblent en rien à leurs règles. Ces pertes apparaissent et disparaissent à des intervalles

plus ou moins longs, donnant peut-être l'illusion des règles. Les malades se plaignent d'un suintement continu de sang noir épais, marc de café, allant jusqu'à sentir mauvais.

Bouilly « Notes sur la grossesse extra-utérine, février 1898, *La Gynécologie*, analyse de 50 observations. »

« Dans deux cas, cet écoulement sanguin a présenté une odeur fétide, infecte, en rapport probablement au mauvais état de propreté vaginale abandonnée à la nature. »

L'écoulement peut durer un mois et plus, pour cesser pendant quelques semaines et revenir ensuite avec ou sans douleurs pendant plusieurs semaines; les malades perdent un liquide brun foncé avec des petits caillots noirs; tantôt elles remarquent que ces écoulements ont une couleur plus claire et prennent une teinte roussâtre. Cette diversité des pertes sanguines se rencontrent chez la même femme à des moments différents; aussi ferait-on bien, en présence d'écoulements sanguins qui s'observent avec une grande constance au début de la grossesse ectopique, de s'enquérir sur les caractères et sur les dissimilitudes de ces pertes, qui permettraient de faire soupçonner souvent leur vraie nature.

A ce propos, M. Bouilly (*loc. cit.*) s'exprime ainsi : « L'écoulement sanguin qui se fait par le col, acquiert par la fréquence des cas où il est observé et ses caractères objectifs une valeur de diagnostic considérable.... le plus souvent, il s'agit d'un suintement peu abondant mais continu, composé d'un liquide sanguinolent brûnâtre

de couleur de rouille, ayant en un mot les caractères d'un sang déjà sorti des vaisseaux depuis quelque temps ». Plus loin, il ajoute : « Il a exactement les mêmes caractères que le liquide trouvé dans la cavité tubaire au moment de la laparatomie et cet écoulement par le vagin cesse comme par enchantement dès le lendemain du jour qui suit l'ablation de la trompe. En revanche, ni injections, ni le repos ne sont capables de le modifier. »

Nous avons dit plus haut que les pertes apparaissent après les phénomènes douloureux, dès les premiers jours de cette affection ; mais plus tard à une époque variable, les écoulements peuvent s'accompagner, le plus souvent dans une crise douloureuse, de l'expulsion de lambeaux de membranes, de peau épaisse, de la caduque en un mot ; elle peut se faire en une ou plusieurs fois. Nous réservons la description de ce phénomène au paragraphe concernant les symptômes avec enfant vivant. Notre éminent maître, M. Pinard a remarqué « que l'œuf peut continuer à se développer après l'expulsion de la caduque », nous compléterons sa pensée en montrant par nos observations, que non seulement chaque fois qu'il y a expulsion de la caduque, l'œuf continue à se développer, mais que ce fait a coïncidé dans la plupart des cas avec la présence d'un fœtus vivant. Il nous a été permis de remarquer, après cette expulsion, des signes certains de la présence d'un fœtus vivant soit par les mouvements actifs soit par l'auscultation.

Nous reviendrons plus loin sur cette question et nous ferons également une mention spéciale du retour des règles après la mort du fœtus.

Arrivons maintenant à un mode d'exploration qui permet de trancher d'une façon certaine la provenance de ces écoulements, je veux parler de l'hystéroscopie. La technique et le manuel opératoire avec de nombreux détails sont exposés dans le petit traité d'hystéroscopie que M. Clado a publié. Sans vouloir trop élargir l'étendue de notre étude, nous sommes pourtant obligé de faire mention de ce moyen d'exploration gynécologique contribuant à éclaircir puissamment les origines de tous les écoulements de la muqueuse utérine et les résultats que l'on obtient, permettent d'en diagnostiquer la cause et d'appliquer une thérapeutique appropriée pour chaque cas. Ainsi, par l'exploration de la cavité utérine, au moyen du gros tube et par la lampe électrique la plus puissante, on aperçoit de la façon la plus nette, en traînant ce tube sur toute la paroi interne de l'utérus, l'état de la muqueuse, ses productions de toutes sortes : polypes, granulations tuberculeuses ; on voit aussi, avec la plus grande netteté, les débris placentaires qui au cours d'un avortement sont si fréquemment retenus au niveau de leur insertion et qui occasionnent des pertes sanguines. En appliquant donc ce moyen d'exploration à des malades de son service, M. Clado qui avait fait le diagnostic de grossesse extra-utérine, confirmé par l'opération et l'anatomie pathologique, a pu constater *que la muqueuse utérine était saine dans toute son étendue et ne présentait aucune des lésions qui puissent être invoquées pour expliquer ces pertes : comme polypes, débris de placenta, cancer, etc. que cette muqueuse était notablement épaissie d'une façon uniforme présentant un aspect lisse et*

régulier, congestionnée et rouge, violacée même. On a pu donc conclure après cet examen négatif de l'utérus, concernant des lésions propres que la cause de l'hémorrhagie devait être recherchée dans une affection tubaire ou ovarienne, et que les caractères de cette muqueuse militaient en faveur de la grossesse ectopique, ajoutés aux autres symptômes fonctionnels et physiques. Ainsi donc, la valeur sémiologique de ces écoulements où sont notés les diversités de caractères, de fréquence et de durée que nous avons décrits plus haut, présente une importance considérable pour le diagnostic.

Il va de soi que la question des écoulements pathologiques provenant d'un utérus concomitamment malade ne doivent pas trouver ici une description n'ayant rien à faire avec la grossesse extra-utérine.

Troubles de la miction et de la défécation. — Les troubles de la miction et de la défécation sont presque constants dans toutes les périodes de la grossesse extra-utérine et tantôt il y a une prédominance du côté de la vessie, tantôt du côté du rectum. Ainsi, certaines malades qui, auparavant, ne se levaient pas la nuit pour uriner, se trouvent obligées de se lever plusieurs fois. Il y a parmi nos observations une femme qui était obligée de se faire donner le vase trois ou quatre fois dans la nuit, tant la fatigue et la perte des forces étaient grandes. Peut-être une légère cystite du col vésical contribuerait à produire ce phénomène entretenu par la qualité septique des écoulements vaginaux, mais, dans la plupart des cas, il en est autrement. M. Pinard, dans la *Semaine*

médicale (janvier 1894), dit : « Le cathétérisme de la vessie qui doit toujours être pratiqué avant le palper, non seulement renseigne sur l'état de plénitude ou de vacuité du réservoir urinaire, mais nous montre la situation exacte de cet organe, les rapports qu'il a contractés avec la tumeur et les déplacements qu'il a pu subir par le fait de cette dernière » Dans le cas auquel fait allusion M. Pinard, la vessie était déviée en bas et à gauche, refoulée pour ainsi dire dans l'excavation ; « quelquefois, au contraire, elle est entraînée dans la grande cavité abdominale, soit à droite, soit à gauche. » Donc la compression de cet organe par la tumeur, soit de petite dimension, soit volumineuse, produit le plus habituellement ces troubles douloureux et ces mictions fréquentes, liées aussi peut-être à un léger degré d'infection de l'urèthre.

Les troubles de la défécation peuvent se présenter isolément ou avec les troubles vésicaux : tantôt une femme qui était constipée, vous dit qu'elle a de la diarrhée avec des alternatives de constipation, ce qui est le plus rare ; tantôt, et c'est le cas le plus fréquent, les malades vous font remarquer qu'avant leur affection, elles allaient régulièrement à la selle ; que maintenant, après le début de leur maladie, elles éprouvent une constipation plus ou moins opiniâtre, et, qu'en outre, des douleurs se manifestent à chaque défécation.

Elles éprouvent encore pendant toute la durée de cette grossesse anormale une sensation de pesanteur dans le petit bassin plus ou moins marquée sous la dépendance de l'augmentation du volume de la tumeur et cette sen-

sation de pesanteur et de gêne en plus des douleurs est presque constante.

Ces troubles s'observent à toutes les périodes de la grossesse extra-utérine à des degrés plus ou moins accusés depuis les premières semaines jusqu'au moment où l'intervention chirurgicale met un terme à leurs souffrances.

Troubles généraux. — Les symptômes rationnels de grossesse, les vomissements, le gonflement et le picotement des seins sont rarement notés et dans les premières semaines qui suivent la greffe extra-utérine, il y a très souvent absences de malaises.

La malade ne prend pas en grande considération les quelques douleurs abdominales qu'elle ressent, ainsi par cette évolution silencieuse de la grossesse ectopique, les malades échappent dans cette période du début à l'examen médical.

M. Bouilly s'exprime ainsi dans ce même mémoire : « Ce manque de phénomènes explique la rareté des examens fait à la période initiale et des diagnostics précoces de grossesse ectopique. Si les femmes ont une suppression des règles, elles se croient normalement enceintes et ne se font pas examiner à cette période du début de la grossesse ». M. Pinard, dans son intéressante leçon du 18 mai 1900, à propos d'un kyste dermoïde, qui par sa présence empêchait le fœtus de s'engager dans la filière pelvienne, a réclamé fort judicieusement que toute femme enceinte en général, devrait être convaincue de l'importance d'un examen minutieux à la

période initiale de la grossesse et qu'elle devrait se faire examiner d'une façon systématique afin que l'accoucheur puisse dévoiler à temps, une complication quelconque.

Ces troubles généraux se présentent sous deux aspects: soit sous forme d'hémorrhagie interne, sous celle d'infection péritonéale.

Nous ne voulons pas faire ici l'étude des hémorrhagies péritonéales par suite de la rupture tubaire, elles ont été l'objet de la thèse de M. Cestan (l'inondation péritonéale, thèse, Paris 1894), mais seulement relever l'importance de ce fait clinique qui est si fréquent dans cette première période de la grossesse extra-utérine.

M. Bouilly (*loc cit.*) insiste de nouveau sur les phénomènes provoqués par l'hémorrhagie et s'exprime ainsi : « Deux signes me paraissent avoir la plus grande valeur en faveur de l'hémorrhagie, à savoir l'hypothermie et la décoloration des téguments et des muqueuses. Si, peu de temps après le début des accidents, alors que l'angoisse des premiers instants est atténuée, la température reste à 36° ou même au-dessous ; si la peau du tronc, des mains, le dessous des ongles, la muqueuse buccale, conjonctive vulvaire prennent et gardent cette décoloration blanche des tissus caractéristique de l'anémie aiguë, il n'y a pas de doute, l'hémorrhagie a été considérable, le danger est imminent, et une nouvelle hémorrhagie peut emporter la malade ».

A ces deux signes, il ne faut pas omettre comme dans toutes les hémorrhagies en général, la petitesse du pouls et sa fréquence,

Une de nos observations témoigne du danger auquel sont exposés les malades par les hémorrhagies. Une malheureuse femme qui avait une grossesse ectopique de 5 mois 1/2 a succombé à Baudelocque dans une syncope provoquée par une hémorrhagie interne; elle en avait déjà eu plusieurs et la dernière lui a été fatale. Heureusement, il s'en faut beaucoup que toutes aient cette même intensité et les femmes résistent ordinairement : en compulsant les diverses observations que nous avons eues sous les yeux, les pertes de connaissance et la syncope s'y trouvent encore assez fréquemment notées au cours de l'évolution de la grossesse ectopique, et l'on conçoit l'importance de ce signe précieux pour l'indication opératoire. « Si le chirurgien assistait plus souvent à la crise, il est probable que le nombre des interventions chirurgicales d'urgence augmenterait. Serait-ce en faveur des malades? On ne pourrait répondre que si l'on savait le nombre exact des femmes qui succombent aux accidents du début. » Bouilly.

Quant aux phénomènes de réaction péritonéale consécutive, nausées, vomissements, météorisme, élévation de la température, leur intensité est variable et peuvent aller jusqu'à masquer la véritable affection et faire penser à une pelvi-péritonite, aussi lorsque l'*ictus* péritonéal domine, les phénomènes sympathiques de la grossesse, par leur analogie ont conduit à des erreurs. L'apparition de ces symptômes alarmants indique la rupture tubaire ou la rupture du kyste foetal, et souvent l'on craint une infection aiguë, inquiétant à juste titre le praticien; mais ce qui frappe le plus, c'est l'atténuation

souvent rapide de ces phénomènes à mesure que l'on s'éloigne du début de la crise et qu'il y a passage de la péritonite d'une façon silencieuse à l'état chronique, pour se manifester seulement à l'état subaigu lors d'une nouvelle hémorrhagie interne. Chez quelques-unes de ces malades, l'état général redevient bon, mais celles qui souffrent et qui présentent de la température, il y a un véritable état maladif, avec inappétence, perte de forces, insomnie, altération des traits, etc.

Tels sont les troubles fonctionnels observés pendant la première période de la grossesse extra-utérine ; ils peuvent persister avec des caractères variables pendant toute sa durée et revêtir les aspects différents que nous avons décrits. Ces divers troubles ont une grande valeur au point de vue du diagnostic, et quoique à de rares exceptions ils aient passé inaperçus ou aient été réduits à leur minimum, habituellement, ils se manifestent presque toujours.

Signes physiques. — Nous étudierons : 1^o *La palpation*, et 2^o *Le toucher*.

A cette période de la grossesse extra-utérine, c'est-à-dire avant le cinquième mois, les signes physiques que l'on perçoit par le palper et l'inspection du ventre ne sont pas de nature à beaucoup éclairer le diagnostic, le toucher seul a une grande importance et c'est sur ce moyen d'exploration que nous insisterons davantage.

Palpation. — La palpation de l'abdomen ne fournit que des notions très peu précises à une époque peu avancée, lors que la tumeur est à peine appréciable ; c'est plutôt au toucher combiné au palper que l'on aura recours. Pour-

tant, au bout d'un certain temps, l'examen abdominal permet de reconnaître la présence d'une tumeur d'un volume variable qui occupe les parties latérales de l'excavation pelvienne; elle peut être assez développée, et alors elle est portée vers l'hypogastre et on peut quelquefois sentir deux tumeurs de dimensions variables, latérales ou derrière le pubis ou en avant sur la ligne médiane. Ces tumeurs sont arrondies, allongées, lisses, élastiques, dirigées transversalement, mais elles peuvent remonter vers l'ombilic. Quand elles existent ensemble, l'une plus développée est constituée par le kyste fœtal, l'autre par l'utérus généralement hypertrophié, présentant parfois de légères contractions. Tantôt elles sont séparées l'une de l'autre par un sillon profond et paraissent indépendantes; tantôt, au contraire, elles paraissent intimement liées, soudées et faisant corps ensemble. D'autres fois, le kyste fœtal est perceptible dans une des fosses iliaques, et l'utérus est complètement indépendant; d'autres fois, encore, c'est vers la profondeur de l'excavation pelvienne que la tumeur prend la tendance de se développer. On peut pratiquer cet examen lorsque les phénomènes de péritonisme sont éteints, car autrement, en pleine crise, la contracture des muscles abdominaux empêche tout examen.

Lorsque la tumeur continue à se développer, elle devient moins facile à délimiter, elle peut être rénitente et tendue; quelquefois on peut transmettre à la main qui est placée sur la paroi abdominale la sensation du déplacement que lui imprime le doigt vaginal. La forme particulière de la tumeur dont le diamètre transverse est bien

plus étendu que le longitudinal et qui affecte une direction oblique vers l'un des hypochondres droit ou gauche, écarte de la pensée d'un accoucheur expérimenté l'idée d'un utérus gravide de cinq mois par exemple, et à ce propos, nous pensons qu'il est bon de reproduire ce que M. Pinard dit (*Palper abdominal*) au sujet de l'utérus à cet âge de la grossesse. « Dans mes recherches, il résulte qu'au troisième mois, le fond de l'utérus est ordinairement à neuf centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse pubienne; au quatrième mois, il est à quinze centimètres environ avoisinant l'ombilic » et il ajoute plus loin : « *Je n'ai jamais rencontré un utérus dont le fond ne dépassât pas l'ombilic au cinquième mois* ». Ces notions précises du développement de l'utérus gravide à cette époque — qui ne peut pas passer inaperçu — sont très importantes, car jusqu'à ces recherches, on attribuait à cet organe un développement bien moindre. On peut donc parvenir, lorsque chez une femme la grossesse est soupçonnée, à se rendre compte d'une façon exacte par les dimensions de l'utérus s'il correspond avec l'âge présumé du produit de conception.

La palpation de la tumeur comme de toutes celles contenues dans l'abdomen, ne présente pas de caractères suffisamment tranchés à cette période pour que l'on puisse en distinguer nettement la nature. Même des praticiens de longue expérience se sont trompés sur sa vraie nature; la consistance peut être celle d'un corps solide tantôt au contraire elle est fluctuante, tantôt rénitente et c'est sous ce dernier aspect qu'elle se présente le plus souvent.

La percussion ne fournit aucun signe ni renseignement utile et spécial à la grossesse extra-utérine.

Toucher. — Suivant le moment où l'on pratique le toucher, il est possible de constater des caractères présentant des particularités diverses dépendant de l'âge de la grossesse ectopique. Des opinions quelquefois différentes ont été émises à ce sujet, elles proviennent d'un examen pratiqué aux différents stades de son évolution, ainsi ces contradictions plutôt apparentes que réelles s'expliquent par ce fait. Le toucher qui doit toujours être combiné au palper donne des renseignements de nature à éclaircir puissamment le diagnostic.

Dans ce paragraphe, nous étudierons les signes physiques que fournit le toucher : 1° Quand la grossesse ectopique est encore tubaire ; 2° Quand après la rupture, il se forme une tumeur dans le cul-de-sac postérieur. Dans les chapitres suivants nous passerons en revue les modifications que l'on trouve après le cinquième mois, lorsque la tumeur est franchement abdominale et que les organes pelviens, l'utérus en particulier, subissent la pression de la tumeur.

Avant la rupture tubaire, le toucher vaginal fait percevoir un col utérin ordinairement un peu ramolli ; on peut quelquefois introduire la pulpe du doigt dans le col qui est un peu entr'ouvert. On constate un utérus généralement plus gros que d'habitude et à ce moment là, il est encore mobile et on peut lui imprimer des mouvements qui cependant réveillent des douleurs aux malades ; il est augmenté de volume et ce n'est que plus tard lorsque l'hématocèle est constituée qu'il subit

des déviations pour ainsi dire constantes dépendant de la présence de cette tumeur.

Lorsque la maladie est à son début elle rappelle les caractères physiques d'une annexité ordinaire; pourtant dès que la trompe a acquis un certain volume de dilatation et que l'on trouve en même temps un utérus légèrement augmenté de volume et un peu plus mou qu'à l'ordinaire, l'attention doit être éveillée.

Ainsi donc, à côté d'un utérus gros, on sent une masse variant de la grosseur d'une noix à celle d'une orange très sensible au toucher, donnant au doigt une sensation parfois de mollesse et l'on peut quelquefois sentir lorsque le ventre est dépressible que *la grosse extrémité de la tumeur annexielle est dirigée en dehors et que l'extrémité la plus mince est tournée du côté de l'utérus avec lequel elle se continue*. L'examen négatif de l'autre trompe fournit un renseignement de la plus haute importance.

A deux examens successifs, il est permis de constater certaines évolutions dans la trompe, souvent aussi dans l'utérus que l'on doit soigneusement enregistrer en vue du diagnostic : c'est l'augmentation du volume de l'un et de l'autre contrairement à ce que l'on observe dans les annexites ordinaires.

En cas de rupture tubaire, lorsque la tumeur du cul-de-sac postérieur est constituée, en examinant la malade on se rend compte que le cul-de-sac postérieur est complètement effacé et bombe par une tumeur; tout à fait au début, le doigt le déprime assez facilement, ayant la sensation d'une tumeur molle, dépressible, liquide, plus

tard, le cul-de-sac postérieur présente une surface ordinairement inégale dure en certains points, encore molle à d'autres, enfin tardivement, l'épanchement solidifié donne au doigt une sensation de dureté quelquefois ligneuse.

Ce sont là, en somme des signes d'une hématocele vulgaire et je n'y insiste pas. Je m'efforcerai plus loin à faire ressortir les connexions de la collection hématocele et de la tumeur tubaire.

La mobilité se perd et l'utérus contracte de bonne heure des adhérences qui le fixent et l'immobilisent. Il ne s'accroît pas comme dans la grossesse régulière et il ne dépasse guère la limite des modifications du début de celle-ci. Du fait de la grossesse, son tissu devient plus mou, plus souple, mais jamais en proportion de l'âge de la grossesse ectopique et « ce n'est plus cette forme bombée, arrondie, mobile, qui permet quelquefois à un doigt exercé de reconnaître une grossesse, au début c'est une forme plus aplatie et loin de s'abaisser dans la cavité pelvienne, l'organe tend à s'élever en se portant parfois latéralement, mais le plus ordinairement en avant, derrière la symphyse » (Charpentier).

Avec les autres, M. Routier donne une bonne description de la situation de l'utérus dans *La Gynécologie* d'avril 1900, il dit à propos du toucher. « Le plus souvent, le col est remonté et même aplati derrière le pubis contre lequel il semble parfois fixé ; en arrière de lui la masse qui efface le cul-de-sac postérieur et qui des fois proémine fortement dans le vagin, a une consistance variable qui va de la fluctuation à la dureté ligneuse. On peut

lorsque la paroi du ventre n'est pas trop tendue, se rendre compte par l'examen bi-manuel de la place qu'occupe l'utérus par rapport à la tuméfaction générale et alors on le trouve en avant, facile à sentir, car il est remonté et *se trouve comme énuclé* du petit bassin. »

M. Clado nous a fait maintes fois remarquer ces modifications du col des annexes et de l'utérus et cette position que l'utérus acquiert par suite de la présence de cette tumeur, il l'appelle *antéposée* ce qui exprime fort justement cette situation anormale.

L'enseignement clinique que nous avons reçu à l'Hôtel-Dieu par notre maître et ami M. le Dr Clado nous a permis de constater par nous-même et à plusieurs reprises différents caractères organoleptiques fournis par la grossesse extra-utérinerompue ou intacte. Au risque de nous exposer à des répétitions, comme il s'agit d'un enseignement particulier, nous nous permettrons de rapporter ici ce que nous avons vu.

Les cas peuvent se diviser en trois catégories dans la grossesse ectopique à sa première période. La tumeur salpingienne apparaît ovale et globuleuse lisse mobile et glissant facilement entre les doigts et la main qui l'explore ; elle occupe la partie externe de la trompe et se détache par conséquent nettement de l'utérus. Toutefois par un examen attentif, on arrive toujours à reconnaître ses relations avec l'angle de l'utérus, à sentir autrement dit le cordon cylindrique qui part de la tumeur et qui vient aboutir à l'angle utérin. Nous nous empressons d'ajouter qu'il faut compléter cet examen par la recherche de l'ovaire que l'on trouve toujours à la place où l'on

doit le chercher constamment augmenté de volume. Ainsi donc, l'examen physique, dans cette première catégorie de cas nous permet de reconnaître deux tumeurs, une petite qui est l'ovaire à sa place ou à peu près et une plus volumineuse qui est formée par le renflement de la trompe. Dans la seconde catégorie de faits, cette même tumeur avec les caractères que je viens de lui décrire, semble s'incliner plus en arrière vers le cul-de-sac postérieur, elle est moins mobile et bien que plus rapprochée de l'utérus, elle reste néanmoins indépendante ; mais ce qui caractérise les faits de cette seconde catégorie, c'est que la partie de la tumeur prolabée en arrière, vient se continuer avec une autre tumeur siégeant dans le cul-de-sac postérieur qui elle, n'est autre qu'une hémato-cèle. Le toucher permet parfaitement de distinguer l'une de l'autre et de reconnaître la continuation de la tumeur salpingienne avec la corne utérine. Ici en somme il s'agit d'une grossesse tubaire rompue. Dans la troisième catégorie de faits il n'y a plus qu'une volumineuse hémato-cèle débordant de chaque côté les bords de l'utérus et absorbant d'un côté l'une des deux trompes. Il s'agit encore d'une grossesse ectopique rompue avec hémato-cèle au sein de laquelle on trouve au milieu des caillots, la trompe déchirée.

Le toucher rectal trop souvent négligé, permet également de constater la présence d'une tumeur dans l'excavation, et combiné au palper abdominal, il fournit quelquefois des renseignements assez précis sur l'étendue et sur la consistance de la tumeur et sur ses rapports avec les organes voisins. Le cathétérisme peut aider à

éclairer le diagnostic et permet de constater la plénitude ou la vacuité de cet organe dont la longueur est toujours de quelques centimètres de plus qu'à l'ordinaire. Cependant, nous croyons qu'il est bon dans certains cas de compléter l'examen par l'inspection visuelle de la cavité utérine pratiquée au moyen de l'hystérocopie, qui permet de s'assurer complètement s'il existe une lésion pouvant expliquer la nature des écoulements sanguins et de nature à exclure le diagnostic de grossesse extra-utérine.

L'examen physique est, comme on le voit, d'une importance capitale pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine à cette période de son évolution. Un praticien bien exercé au palper et au toucher saisit la valeur de tel ou tel symptôme à l'exclusion d'autres qui ne cadrent pas complètement avec la grossesse ectopique; ainsi par les troubles physiques ressentis à l'exploration manuelle et qui se complètent par les troubles fonctionnels qu'éprouve la femme, il lui est permis de formuler un diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Publiée en quelques lignes seulement dans la *thèse* de
M. Paquy et que nous reproduisons ici in-extenso.

Grossesse ex-utérine. — Femme espagnole entrée le 13 juillet 1894 à Baudelocque. — Elytrotomie pratiquée par M. Ribemont-Dessaigues. — Guérison.

Antécédents héréditaires : Nuls. Personnels, fièvre typhoïde en 1889 soignée à Beaujon, longue convalescence. Réglée à 13 ans toujours régulièrement.

Grossesses. — En 1887, accouchement spontané à terme d'une fille élevée au sein maternel pendant trois mois, ensuite au biberon par la grand'mère; bien portante.

En 1889, accouchement spontané à terme d'un garçon élevé au biberon pendant trois mois, mort de convulsions.

En mai 1893, accouchement spontané à terme d'une fille élevée au biberon par la mère, bien portante.

Le retour de couches a lieu au bout de six semaines, mais la menstruation devient irrégulière et dans l'intervalle, perte blanche.

Grossesse actuelle. — Cette femme a eu ses dernières règles du 2 au 5 novembre 1893. La grossesse a évolué normalement jusqu'au mois de janvier 1894. Vers le commencement de ce mois cette femme a été prise brusquement au milieu de la nuit de douleurs très vives dans le bas ventre *douleurs surtout localisées à gauche et elle perdit un peu de sang.*

Une sage-femme appelée en consultation crut à un avortement et conseilla le repos au lit et des lavements laudanisés. Sous l'influence du traitement, les douleurs disparaissent pendant quelques jours pour revenir périodiquement à intervalles de 10 à 15 jours. *Ces douleurs étaient provoquées* et accrues par les efforts, la marche, et le ventre lui semblait se développer par intermittences au moment des accès. A la fin du mois de février (4^e mois) la femme commença à percevoir les mouvements actifs. Vers la fin de mars, *les douleurs, jusque là intermittentes deviennent continues, sourdes avec exacerbations très vives et forcent la malade à interrompre son travail et à garder le lit.* Elle perdait du sang de couleur foncée, mais en très petite quantité et d'une manière espacée. Le 13 mai, deuxième consultation de la sage-femme qui *croit à la présence d'un utérus gravide en rétroversion*, à ce moment les pertes légères cessent. Le 28 mai, la malade ayant depuis plusieurs jours des vomissements, de la diarrhée et de l'œdème des membres inférieurs, consulte un médecin qui lui conseille d'entrer à l'hôpital. Elle entre le jour même dans le service de M. Ribemont. Le 13 juin, elle était encore à Beaujon qu'elle eut une perte abondante accompagnée de douleurs et bientôt elle s'aperçut *qu'elle avait expulsé trois ou quatre peaux.* Depuis cette époque, les hémorrhagies n'ont pas cessé, la malade a beaucoup maigri et la température s'élève tous les soirs; elle entre à la clinique Beaudelocque *le 13 juillet. A ce moment, elle ne sent plus remuer son enfant.* A l'inspection le ventre est volumineux et paraît avoir eu un développement plus marqué à gauche. La tension des parois est considérable et on remarque une circulation veineuse plus développée à gauche. Au palper on sent une tumeur ayant la forme d'un ovoïde allongé, mesurant 35 centimètres de hauteur, occupant le côté gauche de l'abdomen et empiétant à cinq travers de doigts sur le côté droit de la ligne médiane.

Cette tumeur est douloureuse et immobile, et il est impossible de la déplacer, elle est lisse, tendre, fluctuante, matte, à la

pression on ne peut pas sentir les parties fœtales. Du côté droit de l'abdomen à la partie inférieure, une autre tumeur arrondie ayant à peu près le volume du poing, dure, matte, remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Cette masse paraît être l'utérus, la tension des parois ne permet pas toutefois de percevoir des contractions. Cette femme n'a pas eu de troubles de la défécation, elle urinait, dit-elle, plus souvent que d'habitude. L'auscultation pratiquée sur toute l'étendue de la tumeur est négative.

Au toucher, on sent l'excavation complètement envahie par une masse du volume d'une tête fœtale, on sent une masse fluctuante tendue, occupant le cul-de-sac postérieur. Une pression légère sur cette tumeur est très douloureuse et permet de reconnaître la présence des parties fœtales. Le col de l'utérus, petit, ramolli est aplati derrière la symphyse, il est perméable et permet l'introduction de l'index dans une certaine étendue. Le cul-de-sac antérieur est réduit à un sillon; le cathétérisme de l'utérus montre onze centimètres.

Opération. — Elytrotomie le 24 juillet par M. Ribemont extraction du fœtus par les pieds, écoulement d'une grande quantité de liquide amniotique vert épais. On laisse le placenta en place. Le 1^{er} août on fait l'extraction du placenta et on l'extrait par fragments. Les jours suivants, les grands lavages ramènent encore des débris.

Fœtus pèse 1830 grammes, mort et macéré. Le placenta n'a pas pu être pesé; elle sort guérie.

OBSERVATION II (inédite)

Hystéroskopie.

B.... V..., âgée de 27 ans, domestique, entrée le 18 octobre 1898, salle St-Jean.

Antécédents héréditaires. Nuls.

Personnels. Réglée à 15 ans toujours régulièrement.

Grossesse en 1888, accouchement normal, enfant vivant.

Depuis son accouchement, elle a toujours un peu souffert dans le bas-ventre. Dernières règles, juillet 1898. Au mois d'août vers la fin, sans cause, elle est prise dans l'après-midi, de douleurs violentes dans le ventre avec frissons, nausées, et son cœur, dit-elle, battait fort et précipitamment. Elle se sentit très mal, et resta couchée toute la journée du lendemain. En même temps, une hémorrhagie tenace peu abondante, mais continue, de sang tantôt noir, tantôt rouge, tantôt épais et brun pendant un mois entier. Les mois suivants, cet écoulement présentait des temps d'arrêt.

Etat actuel. — La malade est considérablement affaiblie. Au toucher, col mou, entr'ouvert, porté en haut vers le pubis, l'utérus est augmenté de volume et reporté en avant en *antéposition*.

Dans le cul-de-sac postérieur, tuméfaction se prolongeant dans le cul-de-sac gauche, elle est pâteuse et dépressible, mais douloureuse. Un sillon sépare cette tuméfaction de la rainure du col. L'utérus cathétérisé, mesure 8 centimètres.

Le lendemain de son entrée, on pratique l'hystéroscopie. La muqueuse utérine paraît unie et lisse, congestionnée et épaissie, comme veloutée, on ne trouve pas de production de la muqueuse : polypes, etc.

Opération. — Ouverture de la cavité abdominale, utérus gros à gauche, on enlève une trompe augmentée de volume et remplie de sang formant avec l'ovaire une masse enkystée avec des caillots et des adhérences. Dans le cul-de-sac postérieur, également du sang coagulé, mais point de fœtus.

La trompe rompue est remise au laboratoire de M. Cornil: où le diagnostic de grossesse ectopique est confirmé.

La malade sort guérie après un mois.

OBSERVATION III (*inédite*)

Hystéroscopie

Hermance L..., entrée au service de M. Clado, salle Saint-Jean à l'Hôtel-Dieu, le 30 janvier 1898. 22 ans.

Antécédents héréditaires, nuls. Personnels, pas de maladies. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement, pas d'accouchements, pas de fausses couches.

Elle a eus ses dernières règles les premiers jours de décembre, vers le mois de janvier, ne voyant pas venir ses règles au moment attendu elle pense à la possibilité d'une grossesse. Vers le 25 du mois, après une journée de travail pénible, elle rentre le soir chez elle, ne se sentant pas bien ; elle nous dit qu'elle sentait comme des tiraillements dans le bas ventre et par moments, elle éprouvait quelques élancements douloureux du côté droit.

Vers le milieu de la nuit elle se réveilla en proie à une anxiété violente avec des sueurs froides et de violentes douleurs dans le bas ventre, elle prit des gouttes de laudanum qui n'y firent rien et la malade dit qu'elle se sentait anéantie, brisée, par la douleur et la faiblesse. Le matin après cette crise douloureuse elle se porta beaucoup mieux, quoique toujours endolorie. Elle reste chez elle toute la journée, et vers le soir elle s'aperçut, qu'elle avait son linge taché d'un sang noir. Trois ou quatre jours après cet incident, elle se rendit à l'Hôtel-Dieu.

Examen. — A la vue, le ventre ne paraît pas augmenté de volume, mais à peine veut-on déprimer la paroi abdominale que la malade souffre.

M. Clado, pratique le toucher, il trouve un col mou, remonté derrière le pubis, peu entre-ouvert; le corps de l'utérus se trouve facilement sur la ligne médiane à deux ou trois travers de doigt au-dessus de la symphyse, il est augmenté de volume et *antéposé*, il est immobile, en lui imprimant des mouvements, la malade souffre. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une masse dure par place et molle à d'autres endroits se continuant avec le cul-de-sac latéral droit et séparé de l'utérus par un sillon; en déprimant la paroi abdominale pour pratiquer le palper combiné au toucher, on éveille de vives douleurs, mais on sent nettement dans le cul-de-sac latéral droit, la présence d'une

tuméfaction très prononcée et que les douleurs de la malade ne permettent pas de délimiter. Rien dans le cul-de-sac gauche.

La malade perd du sang noir et elle est obligée de se garnir ; elle éprouve en outre de fréquents besoin d'uriner. En présence de cette symptomatologie et du début de cette aflection M. Clado pose le diagnostic de grossesse extra-utérine.

Le 5 février, la malade souffre toujours et perd du sang brun rouge. Le cathétérisme utérin donne 9 cent. Le même jour on pratique l'hystéroscopie.

On voit une muqueuse utérine saine dans toute son étendue, elle est notablement épaissie, lisse, congestionnée. On ne trouve pas de productions comme polypes, etc.

M. Clado nous fait remarquer que l'état de la muqueuse milite en faveur de la grossesse extra-utérine, ce que va confirmer l'opération.

Opération. — Le 8 février éther, incision de l'abdomen.

Le petit bassin est rempli de caillots; dans le cul-de-sac postérieur, il y a une masse paraissant enkystée; les adhérences rompues, on extrait avec la main des poignées de caillots et des débris du kyste fœtal, on ne trouve pas d'embryon, mais on trouve une petite masse charnue qui semble être le placenta. On enlève la trompe malade considérablement augmentée de volume, rompue dans son tiers externe et remplie de sang noir.

Les pièces examinées au laboratoire de M. Cornil confirment le diagnostic.

La malade sort de l'hôpital guérie.

OBSERVATION IV

Publiée par M. Pinard (Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine).

Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au septième mois.

Rupture du kyste. Fœtus à nu dans la cavité abdominale. —

Laparotomie. — Guérison.

M^{me} X..., âgée de 32 ans, ne présente aucun antécédent

héréditaire important : son père est vivant ; sa mère est morte à 68 ans, ayant eu huit enfants dont deux jumeaux.

Parmi les trois sœurs de la malade, deux n'ont pas eu de grossesse ; la troisième a eu dix enfants.

Élevée au sein par sa mère, M^{me} X... a marché à 18 mois et n'a fait aucune maladie grave dans l'enfance. A 23 ans, elle aurait eu une « fièvre muqueuse ».

La menstruation s'est établie vers la treizième année, d'une façon régulière, sans grandes douleurs. L'écoulement sanguin dure habituellement trois jours, sans s'accompagner jamais de douleurs ni de caillots sanguins. Pas d'écoulement leucorrhéique dans l'intervalle des règles.

Mariée à 25 ans, cette jeune femme, n'ayant pas de grossesse, alla consulter M. Pinard en novembre 1886, pour savoir quelle était la cause de cette absence de grossesse. M. Pinard lui répondit que la conception était parfaitement possible sans aucun traitement spécial.

La malade devint enceinte l'année suivante ; les règles apparurent pour la dernière fois le 29 août 1887. La grossesse ne fut marquée par aucun incident, l'accouchement eut lieu à terme à la suite d'un travail qui dura 27 heures ; le fœtus se présentait par le siège complet et succomba pendant l'extraction faite avec le forceps appliqué sur le siège. L'enfant, du sexe féminin, n'a pas été pesé, mais était très gros et mesurait 56 cent. de longueur. Les suites de couches ont été bonnes ; les règles ont reparu deux mois après l'accouchement ; depuis cette époque la menstruation a été régulière, peu abondante et d'une durée de deux jours chaque mois.

La santé est restée bonne ; il n'y a guère à noter qu'un certain amaigrissement. La malade a maigri en effet de plus de 10 kilog. pendant les 3 ou 4 années qui ont suivi ce premier accouchement.

En 1891, la malade a ses règles comme à l'ordinaire le 12 mai ; elle ne perd pas de sang dans le mois de juin, ne ressent aucune douleur, mais éprouve des phénomènes symp-

thiques de la grossesse (nausées, vomissements, dégoût pour certains aliments et boissons, etc.). Le 13 juillet cette jeune femme ressent des douleurs dans le bas-ventre, douleurs extrêmement vives, qui ressemblent aux douleurs de l'accouchement; ces douleurs sont survenues brusquement et avec une intensité très marquée. La sage-femme qui soigne la malade, M^{me} Largeot, est appelée, pense qu'il s'agit d'un avortement imminent et administre plusieurs lavements laudanisés; ce qui n'empêche pas qu'au bout de 48 heures du sang apparaît, sang rouge, mêlé de quelques caillots; cet écoulement, qui s'accompagne de douleurs, est bientôt suivi (le 20 juillet) de l'expulsion « d'une caduque complète sans embryon qui reproduisait à merveille le moule de la cavité utérine ». La sage-femme n'avait jamais vu, dit-elle, « de délivrance aussi bien formée dans un avortement ». Lorsque cette expulsion fut faite, la malade perdit moins de sang et put se lever le 8 août. L'écoulement sanguin fut moins abondant que dans une fausse couche ordinaire. A cette époque la sage-femme était convaincue que l'avortement avait eu lieu et qu'il n'y avait plus de grossesse.

M^{me} X..., quitte Paris le 15 août pour se rendre au bord de la mer; à la suite du voyage en chemin de fer, elle souffre un peu du ventre et est obligée de prendre le lit en arrivant. Cependant pendant son séjour, elle peut faire quelques courses; mais après chaque excursion, elle éprouve quelques douleurs dans le bas-ventre. Elle rentre à Paris le 1^{er} septembre, souffrant très peu du ventre; c'est seulement le 25 septembre que, continuant à ressentir quelques malaises sympathiques de la grossesse (en particulier un dégoût marqué pour le cidre), elle consulte à nouveau M^{me} Largeot; les règles ne sont pas venues en septembre et la malade pense qu'il s'agit d'une seconde grossesse. M^{me} Largeot en examinant, est surprise de trouver un gros utérus, débordant notablement la symphyse pubienne, et conclut à l'existence d'une grossesse de trois mois et demi; « et pourtant, dit-elle, j'étais sûre d'avoir eu

une délivrance de deux mois le 20 juillet ». Elle émet l'idée qu'il y avait grossesse gémellaire et que l'un des deux fœtus ayant été expulsé, l'autre a continué à se développer.

La grossesse évolue normalement en apparence; la femme perçoit les mouvements actifs le 20 octobre et les a perçus d'une manière très nette jusqu'au 24 novembre. Le 20 novembre, elle perd un peu de sang et se met au lit, éprouvant d'ailleurs quelques douleurs dans le ventre.

La suite de l'observation est publiée dans des documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine par M. Pinard.

OBSERVATION V

Publiée par M. Pinard (Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine)

Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 7^e mois. — Laparotomie. — Guérison.

Cl..., âgée de 28 ans, primipare, mariée depuis deux ans. Pas d'antécédents héréditaires. Ne sait à quel âge elle a marché. Pas d'antécédents pathologiques.

Elle a été réglée à onze ans; depuis cette époque, elle a été régulièrement réglée (quatre ou cinq jours), mais avec douleurs, le premier jour pendant deux ou trois heures.

Ses dernières règles ont, dit-elle, eu lieu du 16 au 20 août 1899 mais les dernières règles sont probablement du 25 ou 26 juin, car il n'y a pas eu de menstruation au mois de juillet. Au mois de juillet, en présence de ce retard elle se croit enceinte bien qu'elle n'éprouve aucun phénomène sympathique. Pas de douleurs pelviennes ni de compression.

À l'époque où les règles ont manqué (26 juillet) la malade a assisté à l'accident de St-Mandé.

Les dernières règles(?) du 10 au 20 août se sont montrées comme d'habitude, même quantité, même coloration, même durée. Le 22 août l'écoulement de sang ayant complètement cessé, vers

6 h. du soir, Cl..., a ressenti des douleurs dans la région lombaire, douleurs qui ont irradié bientôt dans l'abdomen en descendant vers le petit bassin et qui ont nécessité immédiatement le repos au lit. Ces douleurs allaient en augmentant d'intensité et elles revêtaient la forme de brûlures avec sensation de constriction. La palpation du ventre était extrêmement pénible. Vers 9 h. du soir, il se produisit une rémission notable. Le lendemain, nouvelle crise, exigeant encore le repos au lit, moins forte que celle de la veille, et ne durant que deux heures. En dehors des crises, simple courbature, pas de phénomènes pathologiques.

Le 27 août, à la suite d'efforts pour aller à la garde-robe, nouvelle crise compliquée d'une lipothymie assez prolongée (1/2 heure.) Un médecin appelé ordonna une piqûre de morphine Vomissements muqueux. Cl..., fut obligée de garder le lit pendant une quinzaine de jours, à cause de la fatigue qu'elle éprouvait, (lassitude, faiblesse générale, brisure de jambes). Elle peut ensuite, reprendre son travail et se porte bien jusqu'au 7 octobre.

De temps en temps, cependant, elle éprouvait des élancements dans la région hypogastrique, surtout à gauche et elle avait à ce niveau une sensation de pesanteur continue. La défécation était très douloureuse et les besoins d'uriner très fréquents. Il n'existait pas de troubles digestifs et l'appétit était satisfaisant.

Le 7 octobre, crise douloureuse beaucoup moins violente que les précédentes, mais persistant le lendemain et le surlendemain. Piqûre de morphine. Cl... fut obligée de garder le lit, et le 12 octobre, elle eut une autre attaque très vive avec tendance à la syncope. Les jours suivants, sensation de serrement dans l'abdomen.

Au commencement de novembre elle a ressenti une douleur plus vive, et elle a commencé à perdre du sang en petite quantité et ayant la même coloration que le sang menstruel. Pas de caillots. Le médecin parlait de fausse couche.

Vers le 10, elle expulsa sans effort et sans augmentation de

l'hémorrhagie « des débris de membranes en petite quantité ». Le médecin prescrivit un bain. Il appela en consultation un confrère qui conseilla « dene pas pratiquer l'avortement par crainte de complications péritonitiques ». Ils ont discuté la grossesse extra-utérine et paraissent avoir pensé plutôt à la rétroversion de l'utérus gravide. Repos absolu. Injections antiseptiques très chaudes.

Vers le milieu de décembre, les phénomènes douloureux ont disparu. La malade se levait de son lit, mais ne pouvait marcher que très peu et se fatiguait très facilement. Elle perdait continuellement un liquide de couleur rousse, d'abondance variable. Aucune douleur.

Cependant, son ventre avait augmenté de volume, surtout aux dépens de la portion latérale gauche. Dans le décubitus latéral gauche, il bombait tout de ce côté où il existait une tumeur arrondie, régulière s'élevant jusqu'au niveau de l'ombilic. L'amaigrissement n'était pas très prononcé, mais la faiblesse toujours grande.

Mêmes symptômes pendant les mois de janvier et février 1892. A partir du 22 février, elle a perdu pendant 4 ou 5 jours du sang rouge sans caillots.

Pas de douleurs. Depuis cette époque, aucun phénomène douloureux, aucune perte de sang.

La malade a senti remuer pendant trois semaines dans le courant de février; l'enfant a cessé de remuer quelques jours après la cessation de l'hémorrhagie de février; le ventre est alors tombé rapidement ainsi que les seins. Il ne semble pas qu'il y ait eu de fluxion mammaire après la mort du fœtus. Ne souffre plus depuis janvier.

Le 20 mars, dans la nuit, commence à perdre du sang en petite quantité.

A son entrée dans le service, le 29 mars, on trouve cette femme bien conformée; elle ne présente pas d'œdème des jambes, mais simplement quelques varicosités. La pression des seins fait sourdre quelques gouttes de colostrum; légère pigmen-

tation de l'aréole; ligne brune du ventre assez marquée; ventre irrégulièrement développé, saillant, surtout du côté gauche. Au-dessous de l'ombilic, plaques pigmentées à gauche et à droite, traces de vésicatoires appliqués le 27 août. Vergesures marquées à la partie supérieure et externe des cuisses. Les parois abdominales sont minces, se déplacent aisément dans tous les points. Matité remontant sur la ligne médiane à un travers de main au-dessus de la symphyse pubienne, dépassant à droite la ligne médiane de deux travers de doigts, et à gauche d'un travers de main; le bord supérieur de cette tumeur remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Nulle part on ne perçoit de crépitation péritonitique. Palper douloureux surtout à gauche. La tumeur donne la sensation d'un kyste bien tendu dans lequel il est impossible de percevoir le moindre ballotement. Cette tumeur n'a aucune mobilité; elle a l'apparence d'un utérus gravide de quatre mois en latéroverson gauche. Pas de coloration particulière des organes génitaux externes, vaginisme. Par le toucher et le palper combinés, on sent à la partie inférieure droite de la grosse tumeur que nous venons de décrire, une sorte d'annexe qui est le corps de l'utérus hypertrophié, remontant à trois travers de doigt au-dessus du pubis droit et paraissant faire corps avec la tumeur.

Le cul-de-sac latéral gauche postérieur est occupé par le pôle inférieur de la tumeur.

Plusieurs jours avant l'opération, on donne à la malade du naphthol et du cascara, un purgatif et un grand bain.

Opération, le 1^{er} avril 1892. — Incision de la paroi abdominale sur la ligne médiane; incision du kyste fœtal; suture à la soie des parois du kyste à la paroi abdominale. Incision du placenta qui se trouve inséré sur la face antérieure du kyste et extraction d'un fœtus macéré de 290 gr.

Le placenta est laissé dans le kyste: on nettoie le kyste avec des éponges trempées dans la solution phéniquée au 1/20 et on applique le pansement.

Le placenta est rendu par fragment et le malade au bout de dix semaines, quitte le service guérie.

OBSERVATION VI

Publiée en quelques lignes seulement dans la thèse de M. Paquy et que nous reproduisons ici *in-extenso*

Grossesse extra-utérine de six mois. — Laparotomie par M. Hartmann. — Guérison

Femme R..., 30 ans, entrée à Baudelocque, le 22 juin 1894.
Antécédents héréditaires. — Nuls.

Réglée à 17 ans, toujours régulièrement, mais depuis son enfance, elle a de fréquents épistaxis.

Première grossesse en 1883. Accouchement spontané à terme, donnant une fille ; elle est morte 13 jours après, nourrie au biberon par une nourrice mercenaire. Deuxième, qui se termine par un avortement de 5 mois et demi.

Cette femme est entrée au dortoir le 22 juin, elle était venue consulter à la clinique.

Elle déclare avoir eu ses dernières règles du 22 au 24 mars et que, jusqu'au 10 juin, elle ne ressentit aucun malaise.

Le 10 juin, elle est prise d'étourdissements et de nausées en même temps, elle ressent des douleurs dans le bas-ventre, surtout à gauche, et quelques heures après, elle perdit un peu de sang. Le 14 juin en s'asseyant, elle ressentit *une pesanteur* très marquée et des douleurs vives le 15 juin.

Le 15 juin, en descendant un escalier, elle avait été prise de douleurs assez vives dans le bas-ventre, principalement à gauche, qui l'avaient obligée à garder le lit et qui avaient été suivies d'un écoulement de sang épais, noirâtre.

Elle est obligée de rentrer chez elle et de s'aliter de suite et toute la journée elle perdit du sang noir, épais, en même temps, *elle éprouvait un besoin très fréquent d'uriner et des douleurs à chaque miction.* La défécation était également douloureuse.

Les douleurs abdominales durèrent, ainsi que les pertes noires, jusqu'au 26 juin.

Examen. — Lorsqu'on palpe l'abdomen de cette femme on est frappé tout d'abord de la facilité avec laquelle on trouve *sur la ligne médiane et un peu déviée à droite une tumeur qui se contracte et se relâche et qui n'est autre chose que l'utérus*. L'utérus se trouve à cinq bons travers de doigt au-dessous de l'ombilic, à gauche de l'utérus on sent difficilement une masse située dans le voisinage du cul-de-sac latéral gauche et postérieur, une masse confuse, douloureuse par le palper, il est impossible de déterminer le volume et la forme de la tumeur. Depuis, le 13 juillet, la femme ne perd plus, mais elle se plaint *d'une pesanteur dans le bas ventre et ce qui la gêne le plus ce sont les besoins fréquents d'uriner surtout la nuit et la constipation est opiniâtre*. Le 28 juillet, elle éprouve de vives douleurs et en palpat l'abdomen, la tumeur que l'on sentait un peu confuse à gauche de l'utérus est devenue perceptible à la vue et facilement limitable par le palper, elle est à gauche de la ligne médiane et s'étend jusqu'au niveau de l'ombilic. La tumeur semble ovoïde et presque fluctuante et immobile; profondément on sent quelque chose d'irrégulier et de résistant, mais dont on peut par le palper déterminer la forme exacte.

Toucher. — Le col est porté en haut derrière la symphyse, il est mou; dans le cul-de-sac latéral gauche, on sent une masse qui se continue avec celle du cul-de-sac postérieur. L'utérus est mou et hypertrophié, le doigt pénètre un peu dans la cavité utérine et ne sent aucune résistance. La cathétérisme montre 13 centimètres.

Opération. — Le 14 septembre, incision de la paroi abdominale par M. Hartmann. Ponction du kyste, pas de liquide.

On trouve le kyste et on extrait un placenta pesant 360 gr. et un fœtus 450 gram. On fixe le pédicule à la paroi abdominale et suture.

Suites bonnes, sortie en octobre. guérie.

OBSERVATION VII

Publiée en quelques lignes seulement dans la thèse de
M. Paquy et que nous reproduisons ici *in-extenso*

*Grosse extra-utérine. Morte subitement le 22 septembre 1894,
âgée de 28 ans.*

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels et pathologiques. — Nuls.

Réglée à 14 ans toujours régulièrement, se marie à 19 ans et pendant 9 ans jusqu'au mois de mai 1894, se porte très bien, aucune fausse couche, aucune grossesse. Le 27 ou 28 mai 1894 la malade avait ses règles depuis un ou deux jours, quand elle s'arrêtait brusquement à l'occasion d'un grand saisissement. La lampe près de laquelle elle travaillait, prit feu, et elle eut les cheveux un peu brûlés. Le mois suivant pas de règles et n'éprouve aucun malaise, pas de douleurs abdominales ou lombaires, pas de troubles à la miction et à la défécation. Se met en voyage vers le 4 juillet et le 8, elle éprouve *pendant la nuit des douleurs violentes et le lendemain matin, elle s'aperçut qu'elle perdait du sang noir*. Cet état dura jusqu'au 27 juillet lorsqu'elle rentra à Paris, elle ne perdit plus rien depuis cette époque. A ce moment, apparaissent des nausées après le repas sans vomissements. Les seins grossissent, la malade ressent une grande fatigue, manque d'énergie et a *de fréquentes lipothymies*.

Le 1^{er} août, brusquement le soir vers 8 heures, *violente douleur dans la fosse iliaque droite accompagnée d'une syncope* et de sueurs froides, la syncope dure 1/4 d'heure. La crise douloureuse dure une heure au moins. Le ventre est ballonné vomissements, *un médecin appelé diagnostique une péritonite*. Il ordonne, friction à la pommade mercurielle et l'antisepsie intestinale. La malade garde le lit huit jours, la douleur abdominale se calme un peu. Après ces huit jours de lit et de diète,

elle essaye de sortir, la douleur abdominale réapparaît et cette fois le *médecin la soigne pour une métrite avec salpingite*. Pendant 10 jours, pertes rougeâtres.

Le 23 août, nouvelle crise semblable à la première, *4 syncopes en l'espace de 3 heures*. C'est à cette époque que la malade place la perte de quelques membranes qui font penser à une fausse couche, car elle se croyait enceinte depuis la cessation de ses règles de la fin juin. La malade maigrit beaucoup, perd continuellement ses forces. *Le 26 août, nouvelle crise de douleurs et une syncope*. Les Drs Auvard et Maygrier diagnostiquent une grossesse ordinaire avec quelque chose d'autre en même temps et lui conseillent une intervention chirurgicale et la malade entre à Baudeloque.

Son état actuel est mauvais, elle est considérablement affaiblie et éprouve dit-elle des douleurs à la défécation et la constipation est opiniâtre. En l'interrogeant, elle dit que dès les premières crises, elle constata sur la partie latérale droite de son ventre une grosseur qui est restée longtemps distincte de la tumeur actuelle, car son ventre présente une forme plutôt régulière.

Le 19 septembre à la palpation, qui est très difficile à cause des douleurs violentes qu'on provoque dans la région droite, la tumeur arrive à deux ou trois travers de doigts de l'ombilic, et elle est plus élevée du côté droit. Du côté gauche, on sent une masse empâtée. La percussion donne une matité sur une large étendue.

On porte le diagnostic de grossesse extra-utérine et l'on se réserve à cause de la grande sensibilité des parois abdominales et du mauvais état de la malade à faire ultérieurement un examen plus approfondi.

Elle meurt subitement le 22 septembre dans un syncope. A l'autopsie on constate une grossesse abdominale consécutive à la rupture de la trompe droite et longueur de l'utérus 14 centimètres, on retire une grande quantité de caillots et un fœtus macéré 4 mois environ.

OBSERVATION VIII

publiée par H.-J. BOLDT. (*Am. journ. of obst.*, mai 1899.)

Malgré l'importance si capitale du diagnostic précoce dans les cas de grossesse extra-utérine, il arrive encore trop souvent que ce diagnostic passe inaperçu, même de médecins compétents, tant les symptômes peuvent varier suivant les cas et s'écarter, jusqu'à un certain point, des descriptions classiques.

Témoin le fait suivant : la femme était veuve depuis plusieurs années, ses règles avaient toujours été régulières et jamais une période n'avait manqué. La dernière, survenue au jour voulu, avait duré seize jours, chose qui inquiéta la malade; puis la malade avait eu une syncope. Six médecins et un spécialiste la virent à ce moment et tous, sans exception, mirent la syncope et le collapsus sur le compte de l'excessive perte de sang.

Cette perte considérable était pâle, s'interrompant de temps en temps quelques heures pour reprendre ensuite plus abondamment. La malade avait de temps en temps des crampes dont elle ne s'était pas plainte en dehors de cette période. La syncope avait été brusque, suivie de nausées, de vomissements fréquents et de vives douleurs dans le bas-ventre.

L'auteur trouva la malade subconsciente; pouls très petit, l'abdomen distendu, matité jusque près de l'ombilic, tympanisme au-dessus; grande sensibilité dans la région hypogastrique. Col gros et mou, utérus difficile à déterminer, cul-de-sac plein de liquide. Pas de colostrum dans les seins.

A l'opération, on trouva une déchirure de la corne utérine saignant encore abondamment, un embryon et un placenta.

On doit toujours penser à une grossesse extra-utérine quand on se trouve en présence d'une menstruation retardée de quelques jours ou de quelques semaines, revenant tout à coup de façon irrégulière, plus ou moins accompagnée de coliques; on remarquera l'aspect particulier et caractéristique du sang qui est épais, couleur chocolat; on y trouvera parfois des mem-

branes; on recherchera la présence d'une petite tumeur sur un des côtés de l'utérus, du colostrum dans les seins. Mais tous ces symptômes peuvent manquer, et la grossesse extra-utérine ne se manifester que par la rupture intra-péritonéale, l'hémorrhagie et le collapsus.

OBSERVATION IX

publiée dans la thèse de M. Paquy

Grossesse tubaire droite. — Hématocèle

W... Mina, femme L..., âgée de 35 ans, entre le 12 mai 1896, hôpital Bichat, service de M. le professeur Terrier, salle Chassaing, n° 24,

Antécédents — La malade a eu onze grossesses dont une gémellaire. Le premier enfant seul a vécu quinze mois. Les autres seraient nés avant terme et n'auraient pas vécu. Ils sont tous du même père.

La malade a eu ses dernières règles le 8 avril. Elle s'est bien portée jusqu'au 1^{er} mai. A partir de cette époque, elle est dans un état de malaise vague, souffrant de douleurs peu accentuées, mal localisées dans les reins et les jambes, puis ces douleurs s'accroissent et forcent la malade à s'aliter.

Le 9 mai, la malade ressent brusquement dans le bas-ventre une douleur extrêmement vive; elle a dans la journée plusieurs syncopes; en même temps, il s'écoule par le vagin une certaine quantité de sang brun foncé.

La malade entre à l'hôpital le 10 mai 1896. Face livide, décoloration des muqueuses et des téguments; pouls inégal, faible, dépressible, irrégulier, tendance à la lipothymie. La malade, très prostrée répond à peine aux questions qu'on lui pose. La température rectale n'atteint pas 37°.

L'abdomen est sensible à la palpation, il est ballonné. Sur la ligne médiane, sonorité jusqu'à deux travers de doigt de la symphyse; à partir de ce niveau, matité. Sur les parties latérales, sonorité normale.

Au toucher, on trouve le col de l'utérus mou, béant, permettant largement l'introduction du doigt. Dans le cul-de-sac latéral droit, un peu en arrière, on sent une masse cylindrique, du volume du pouce, qui paraît être la trompe, elle est très douloureuse au toucher. Dans le cul-de-sac postérieur, on sent une tuméfaction diffuse mal limitée. Le cul-de-sac latéral gauche est libre. Le corps de l'utérus est refoulé en avant et en haut par la masse qui se trouve dans le cul-de-sac postérieur. On sent nettement son fond qui déborde la symphyse de trois travers de doigt environ. L'état de la malade est tel qu'on remet l'opération à une date ultérieure.

Les jours suivants, l'état général s'améliore, et, le 31 mai, M. Hartmann se décide à intervenir.

Guérison. Laparotomie. Examen des pièces démontre une grossesse extra-utérine.

OBSERVATION X

publiée dans la thèse de M. Paquy

Grossesse abdominale secondaire de trois mois

P... Philomène, femme R..., âgée de 35 ans, entre le 30 juin 1896, hôpital Bichat, service de M. le professeur Terrier, salle Chassaignac, lit n° 4.

Antécédents. — Réglée à 14 ans. Règles régulières peu abondantes, durant 3 ou 4 jours.

N'a jamais souffert, n'a jamais eu de pertes blanches.

Mariée à 20 ans. Première grossesse à 22 ans, accouchement à terme, enfant vivant, élevé au biberon, mort à 7 mois. Suites de couches normales.

Deuxième grossesse à 27 ans ; accouchement à terme, enfant élevé au sein, actuellement vivant.

Dernières règles le 16 mars 1896. Au mois d'avril, pas de règles ; la malade pense qu'elle est enceinte.

Le 18 mai, pendant la nuit, à 4 heures du matin, la malade est réveillée brusquement par une vive douleur siégeant à la

partie inférieure de l'abdomen. Après une syncope de quelques minutes, la malade eut un frisson qui dura une demi-heure environ. A la suite de cette crise, la malade garde le lit pendant 2 jours : faiblesse générale et très légère décoloration de la face.

Au bout de 2 jours, la malade se lève, quoique très faible encore, et se livre à ses travaux habituels, elle perd dans le courant de la journée quelques gouttes de sang beaucoup plus foncé que d'habitude.

Du 28 mai au 25 juin, l'état général s'aggrave progressivement : frissons, sueurs froides, syncopes, décoloration des téguments. La malade se plaint de souffrir presque continuellement du bas ventre ; de temps en temps elle perdait un peu de sang. Ces malaises qui l'empêchaient de se livrer à ses occupations ne la forcent cependant pas à s'aliter.

Le 25 juin, dans la matinée, la malade ressent de nouveau une violente douleur dans l'abdomen, accompagnée d'une syncope. Depuis, la douleur, quoique moins vive, a persisté. Constipation.

La malade entre à l'hôpital le 30 juin à midi.

Examen, à 4 heures du soir. — Bon état général, pas d'amaigrissement notable, pas de température.

La malade se plaint d'une vive douleur dans toute la région hypogastrique. En examinant cette région, on voit une saillie arrondie, sur la ligne médiane, s'étendant de la partie moyenne de la région sous-ombilicale jusqu'au pubis. Cette saillie est plus prononcée à gauche qu'à droite.

Seins. — Les seins sont augmentés de volume, pigmentation du mamelon et de l'aérole secondaire, tubercules de Montgomery, la pression ne fait pas sourdre de colostrum. Réseau veineux sous-cutané développé.

Toucher. — *Col ramolli surtout au niveau de sa lèvre postérieure. L'orifice interne est fermé. L'utérus dans sa totalité est refoulé en avant et en haut, le col est derrière la symphyse. Il est complètement immobilisé.*

Dans le cul-de-sac postérieur on sent une masse volumineuse,

dure, qui se continue à droite et à gauche dans les culs-de-sac latéraux. Par le palper et le toucher combinés on constate que cette masse se continue avec la masse abdominale. On constate aussi qu'elle est fluctuante, mais on ne perçoit pas de ballonnement fœtal.

L'auscultation ne donne aucun résultat. On ne perçoit pas de mouvements actifs. Laparotomie, guérison, examen des pièces confirme le diagnostic.

OBSERVATION XI

Grossesse tubaire droite. — Hématocèle.

Marguerite, femme R..., âgée de 28 ans, ménagère. Entrée au service de M. le professeur Terrier, hôpital Bichat, salle Chassaignac, lit n° 8, le 7 avril 1896.

Cette malade entre à l'hôpital parce qu'elle perd en rouge brun, depuis le 10 mars 1896 et qu'elle souffre dans le côté droit.

En janvier 1886, elle est accouchée à terme d'un enfant, qu'elle a élevé au sein et qui est actuellement bien portant. Les suites de couches ont été normales ; elle a eu ses règles, pour la première fois, cinq mois après son accouchement.

Elle a eu ses dernières règles le 1^{er} mars 1896, elles ont duré 5 jours. Le 10, au soir, elle s'est aperçue qu'elle perdait de nouveau ; elle ne s'inquiète pas et continue sa vie habituelle.

Les jours suivants, le suintement sanguin continue, il s'accompagne bientôt d'une douleur dans le flanc droit, faible au début, mais qui s'exaspère bientôt, surtout après une fatigue ou un travail un peu prolongé.

Devant la persistance de l'hémorrhagie et l'augmentation des symptômes douloureux, elle se décide à entrer à l'hôpital Bichat le 7 avril 1896.

Examen le 8 avril 1896. — La malade perd assez abondamment, cependant elle ne paraît pas anémiée, a gardé une coloration normale de la paroi et des muqueuses.

L'examen des organes thoraciques ne révèle rien de particulier. La sonorité abdominale est normale ; le ventre est souple. A droite, en déprimant la paroi au-dessus de l'arcade crurale, on réveille une légère douleur.

Au toucher, le col est légèrement ramolli, déchiré à droite, l'orifice interne n'est pas perméable. L'utérus est refoulé en avant et à gauche, il est un peu augmenté de volume, son fond débordant la symphyse pubienne. Sa mobilité est diminuée.

Dans le cul-de-sac latéral droit et dans le cul-de-sac postérieur, on perçoit très nettement une masse de la grosseur du pouce, fluctuante, douloureuse à la pression, encadrant le col depuis sa partie latérale droite jusqu'à sa face postérieure. Cette masse est constituée par la trompe droite augmentée de volume et par l'ovaire qu'on paraît sentir dans le cul-de-sac postérieur au-dessous de la trompe. Il est plus résistant, plus sensible à la pression que le reste de la masse et en est séparé par un sillon horizontal.

Laparotomie, guérison, examen des pièces, montre qu'il s'agit d'une grossesse extra-utérine.

OBSERVATION XII

publiée dans la thèse de M. Paquy

Grossesse tubaire gauche. — Hématocèle.

B... J..., 30 ans, blanchisseuse, entre le 23 février 1896, hôpital Bichat, salle Chassaingnac, service de M. le professeur Terrier.

Antécédents.— Réglée à 13 ans, règles régulières durant huit jours environ. Bonne santé habituelle, pas de grossesse antérieure, n'a jamais souffert du ventre.

Le 12 décembre 1895, les règles viennent à leur époque habituelle ; le 7 janvier 1896 perte qui dure jusqu'au 10, sans douleur.

Le 9 février violente douleur abdominale, accompagnée de

syncopes et de vomissements ; le 10 la malade souffre moins mais elle garde le lit jusqu'au 15, elle perd, nous dit-elle, à ce moment de l'eau rousse.

Depuis elle souffre constamment dans la région hypogastrique et la région lombaire, perte de forces, anorexie, état nauséeux presque continu. Son état général s'aggrave et le 23 février 1896 elle entre à Bichat dans un service de médecine où on porte le diagnostic de pelvi-péritonite.

Elle y reste jusqu'au 26 mars ; son état ne s'améliore pas, la température atteint presque chaque soir 38°5 pour retomber le matin à la normale. Elle continue à souffrir dans le bas ventre.

Le 26 mars elle entre en chirurgie.

Examen le 27. — Toute la région hypogastrique est douloureuse.

Au toucher : col légèrement ramolli à sa partie inférieure ; col de multipare, collé contre la symphyse. Le corps semble être en position normale. Le cul-de-sac postérieur est rempli par une masse fluctuante. Par le palper et le toucher combinés, on peut délimiter une masse très nettement fluctuante dont la portion inférieure semble formée par la masse contenue dans la cavité de Douglas et dont la partie supérieure remonte dans l'hypogastre à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette exploration est très douloureuse.

Laparatomie, guérison. Les pièces démontrent qu'il s'agit bien d'une grossesse ectopique

CHAPITRE II

Signes et symptômes de la grossesse extra- utérine après le cinquième mois lorsque l'enfant est mort.

Dans ce chapitre, nous aurons en vue la description des phénomènes qui se passent lorsque le fœtus, constaté d'une façon certaine, meurt soit aux 6, 7, 8 ou 9^e mois de son évolution abdominale, car les faits qui se déroulent et que l'on constate lorsque l'enfant est vivant feront l'objet du prochain chapitre.

L'enfant qui meurt à un moment donné de son évolution extra-utérine produit des phénomènes spéciaux que nous allons essayer de bien retracer.

Nous croyons devoir rappeler les phénomènes qui se passent lors de la mort du fœtus dans la grossesse utérine, car les parallèles entre les deux états différents permettront d'éclairer beaucoup le diagnostic et de rejeter la possibilité d'une grossesse utérine avec rétention d'enfant mort.

D'abord, localement l'utérus cesse de se développer et diminue de volume sous l'influence des modifications qui se font du côté de l'œuf et du fœtus; le liquide amniotique se résorbe et suivant le moment de la grossesse il se dissout, se momifie ou se macère et l'on cesse d'entendre les bruits du cœur s'ils ont été perçus avant. Puis l'état de la mère se modifie également, il se produit une montée laiteuse, les différents troubles sympathiques de la grossesse cessent; les mouvements du fœtus aussi ne sont plus perçus et, par suite, la femme se porte mieux.

Nous avons dit plus haut que les règles restent suspendues pendant toute la période de la grossesse et dans le cas de mort du fœtus lorsqu'il s'agit de grossesse utérine, elles restent suspendues et ne reviennent pas comme dans la grossesse extra-utérine; puis une remarque importante est : que l'œuf dans la grossesse utérine, tant qu'il n'est pas ouvert, ne produit pas d'accidents infectieux et de péritonite.

Nous distinguerons les troubles fonctionnels et les signes physiques.

Les *troubles fonctionnels* sont les écoulements et les douleurs du faux travail.

Écoulements. — Nous avons dit plus haut que dans la première partie de la grossesse ectopique, les pertes sanguines, de couleur noire, brune foncée ou claire étaient constantes à de rares exceptions près, et qu'elles peuvent durer avec des diversités de caractère et d'abondance jusqu'à la mort du fœtus ou jusqu'à son extraction vivante de la cavité abdominale, ce qui est très

rare. Ici encore nous reproduirons ce que notre éminent maître Pinard a écrit dans la *Semaine Médicale* du mois de janvier 1894, « Pendant toute la durée de la grossesse ectopique, c'est-à-dire tant que le fœtus est vivant, les règles sont supprimées, elles ne reparaissent que deux mois environ après la mort du fœtus ».

En compulsant les observations que nous avons eues entre les mains, ce fait est constant et invariable et ce retour de règles, présentant sa qualité et sa durée ordinaire, se manifeste toujours que le fœtus soit mort au 6, 7, 8 ou 9^e mois. Fait que l'on n'observe jamais dans la grossesse utérine.

En commentant la cinquième observation que nous reproduirons plus loin, publiée parmi les douze pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine, M. Pinard dit : « Si j'avais eu à cette époque (en 1889), l'expérience que j'ai aujourd'hui je n'aurais pas hésité à reconnaître mon erreur; en voyant un écoulement sanguin apparaître le 26 mars, puis ensuite à peu près ordinairement tous les mois, j'aurais affirmé la grossesse extra-utérine et j'aurais opéré cette femme plus tôt. »

Ainsi donc, cette question est complètement établie aujourd'hui et cette réapparition des règles implique l'intervention chirurgicale, car elle augmente la tension du kyste comme nous le verrons plus loin.

Douleurs et faux travail. — Nous plaçons dans ce chapitre les phénomènes douloureux du faux travail, car en lisant les nombreuses observations que nous avons eues entre les mains, il nous a été permis de constater qu'il se produit avec sa plus grande netteté près du

terme et, de plus, il coïncide avec la cessation de la vie du produit de conception.

Quant aux douleurs, nous n'y reviendrons pas en particulier, car elles ne présentent point de caractères dignes de remarque en dehors de ce que nous avons déjà dit, au contraire, il semble que la mort du fœtus ait une influence salubre à ce sujet pour la femme enceinte d'une grossesse ectopique.

Nous ne saurions mieux faire que reproduire à ce sujet deux fragments d'observations, les n^{os} 20 et 22, parmi les douze déjà cités, elles seront reproduites in extenso plus loin. Voici la première : le docteur Tachard est appelé près d'une dame et s'exprime ainsi sur son état : « ... L'auscultation ne donne que des résultats négatifs. Pendant toute la durée de mon examen, je n'ai pu sentir aucun mouvement actif du fœtus. Le 20 mai je fus de nouveau appelé auprès de M^{me} B... que je trouve en proie à des douleurs absolument semblables à celles du début d'un accouchement normal. Les douleurs revenaient environ toutes les dix minutes. *La forme du ventre pourtant n'avait pas changé.* En pratiquant le toucher je trouvai le col tout à fait en haut et en avant, en rapport avec le bord supérieur de la symphyse.

Il avait la forme et la consistance d'un col utérin *non gravide*. Les douleurs persistèrent toute la nuit, le lendemain tout rentre dans l'ordre.

Trois jours après, les seins deviennent durs et une sécrétion laiteuse spontanée s'établit pendant quelques jours. »

Puis de l'observation vingt-un, publiée par M. Pinard, nous extrayons le passage suivant, à propos du faux travail.

« A cette date, c'est-à-dire près du terme, elle fut prise de douleurs abdominales survenant à intervalles réguliers et dont quelques-unes avaient même le caractère expulsif ; comme elle se savait enceinte, on crut à l'établissement du travail et on l'admit à la maternité de l'hôpital. Elle y resta un jour, mais le docteur Dupuis ne constata aucun signe de travail, le col restait long, mou, perméable, la première phalange qui pouvait y pénétrer facilement ne rencontrait aucune partie fœtale. Les douleurs disparurent et la femme fut mise en observation dans le service de médecine. Il s'agissait donc d'un faux travail, mais il n'y eut ni sang, ni caduque expulsés. A ce moment, les mouvements du fœtus cessèrent d'être perçus par la femme et à l'auscultation rien ne se fit entendre, l'enfant était donc mort. » Nous pourrions citer également d'autres observations pour ce même cas, mais il est inutile de trop allonger les citations.

Ainsi donc ces phénomènes présentent suffisamment l'aspect des contractions utérines douloureuses pour conduire à un faux diagnostic et pour faire croire à l'imminence d'un accouchement normal, le fait est arrivé. Ce faux travail revêt la physionomie des contractions utérines avec tout le cortège douloureux qui les caractérise : douleurs dans les reins et douleurs dans le bas-ventre, prenant même la forme expulsive.

Il n'est pas rare de constater en même temps une perte de sang qui ne prend nullement l'allure d'une hémorrhagie, car elle s'arrête rapidement et tout rentre dans l'ordre en très peu de temps.

M. Wallich (*loc. cit.*) s'exprime ainsi : « Lorsque les phénomènes de faux-travail se produisent à terme ou près du terme, alors que seul le diagnostic de grossesse a été posé, on attend au milieu de tous les préparatifs de l'accouchement, l'effacement et la dilatation du col qui ne se produisent pas. Après des heures ou des jours d'attente on est bien obligé de reconnaître que ce travail a été sans résultat.

Alors de deux choses l'une, ou bien la grossesse extra-utérine sera par ce seul faux travail diagnostiquée, ou bien elle sera méconnue. Dans ce dernier cas, on verra la tumeur abdominale persister, le terme être dépassé sans que le travail survienne et l'on finira alors peut-être à penser à la grossesse extra-utérine.

Le faux travail qui se déclare à terme ne permet pas d'ignorer la grossesse extra-utérine si on s'arrête comme on doit le faire aux constatations suivantes :

a) On doit s'apercevoir que l'état du col ne se modifie pas pendant le faux travail (absence d'effacement, puis de dilatation).

b) Il faut rechercher si les douleurs correspondent à des contractions de la tumeur abdominale où si elles correspondent au durcissement d'une petite tumeur latérale fournie par l'utérus vide.

c) Si à ce moment un sac membraneux est expulsé, il ne saurait exister aucun doute, il s'agit d'une grossesse extra-utérine. »

Ces phénomènes douloureux du faux travail n'ont pas été observés dans les deux observations que l'on lira plus loin, où l'enfant a été extrait vivant de la cavité

abdominale et dont les suites ont été heureuses pour les deux existences. Nous faisons cette remarque, car nous avons dit que le faux travail se produisant près du terme a coïncidé avec la mort du fœtus.

Il se produit comme dans la grossesse utérine lorsque le fœtus meurt, une montée laiteuse plus ou moins prononcée, cela pourtant n'a pas été observé dans tous les cas de grossesse extra-utérine lorsque l'enfant succombait. On ne peut donc tirer aucune conclusion en faveur de la grossesse ectopique.

Signes physiques. — Les troubles physiques que l'on observe localement sont incontestablement plus importants que les précédents. C'est au moyen de l'examen direct :

- 1° Par l'inspection ;
- 2° Par la palpation ;
- 3° Par le toucher ;

que l'on pourra apprécier la valeur de tous ces signes.

Inspection. — La vue seule peut attirer l'attention par l'irrégularité du ventre, et notre maître nous permettra de reproduire sa propre expression, lorsqu'au mois de novembre dernier, il examinait une femme à Baude-locque, ayant une grossesse extra-utérine de 8 à 9 mois, avec enfant mort : « Ce ventre, dit-il, fait loucher tout accoucheur expérimenté ». En effet : « La vue est le plus souvent frappée par la physionomie étrange du ventre, l'aspect général, les reliefs différents de ce qu'ils sont ordinairement dans la grossesse normale. Tantôt une seule tumeur apparaît nettement, mais cette tumeur n'a pas l'aspect de l'utérus gravide. Ce n'est point cette

tumeur physiologique à grand axe longitudinal incliné et ayant refoulé l'oreiller intestinal à gauche, comme cela a lieu le plus souvent, ou incliné à gauche et ayant refoulé l'intestin à droite, comme cela se produit quelquefois; c'est une tumeur de forme insolite dont le siège ne paraît pas en rapport avec le développement d'un organe ». Pinard. Le ventre a une largeur plus prononcée qu'à l'état de grossesse utérine normale, et souvent l'on peut voir une autre tumeur bien plus petite, constituée par l'utérus, et lorsque la vessie est pleine, il s'en forme aussi une troisième.

Palper. — La palpation de l'abdomen fournit des renseignements divers et elle vient souvent éclairer puissamment le diagnostic. « Presque toujours le palper fera percevoir une grande tumeur de forme variable, mais ne possédant pas l'immobilité, du globe utérin, on sent la tumeur immobilisée, fixée le plus souvent dans le bassin, et quelquefois cette fixité, cette immobilité peut être absolue, comme dans les cas où il y a adhérence totale du kyste fœtal avec les parties périphériques » Pinard (*loc. cit.*). Cette immobilité de la tumeur est un des points les plus curieux de la grossesse extra-utérine, car même le gros kyste de l'ovaire et les fibromes volumineux sont mobilisables jusqu'à un certain degré, surtout lorsqu'un aide leur imprime des mouvements divers; la main du praticien, introduite dans le vagin, permet de percevoir cette mobilité relative.

D'un autre côté, la mobilité de l'utérus gravide est caractéristique, et l'on ne confondra pas les deux sen-

sations surtout si l'on a soin d'introduire la main dans le vagin et par l'exploration que nous avons citée plus haut, on se rendra compte soit de la liaison intime de l'utérus avec la totalité de la tumeur, soit de son indépendance.

Quand le kyste n'est pas trop tendre, on peut explorer les parties fœtales; on est allé jusqu'à dire que cette exploration était plus aisée et que l'on pouvait mieux percevoir les parties fœtales, à cause de leur superficialité; M. Pinard s'élève contre cette assertion et dit : « Je puis vous affirmer que dans les nombreux cas de grossesse extra-utérine que j'ai eu à explorer je n'ai jamais été frappé de cette superficialité des parties fœtales » et a propos de ces difficultés, M. Pinard continue en disant « La tension du kyste peut être celle de l'utérus gravide mais elle peut être quelques fois considérable, quand il y a exagération de liquide amniotique et il faut savoir qu'on peut rencontrer l'hydropisie de l'amnios dans la grossesse ectopique comme dans la grossesse intra-utérine ».

Et en effet, nous avons pu constater ce fait spécialement au moment du retour des règles chez une femme que M. Pinard a gardée en observation à Baudelocque, pour nous montrer ce phénomène (le diagnostic ayant été fait auparavant). Elle eut deux périodes menstruelles pendant son séjour et à chaque période, le kyste se tendit davantage et resta tendu ensuite. Voyant cette hypertension devenir assez forte, M. Pinard fit opérer cette malade dans le plus bref délai. M. Doléris dans une récente communication à la Société d'obstétrique, de gynécologie et de pédiatrie adopte comme conclusion

aux cas rapportés par lui « que le retour de la période menstruelle et le raptus congestif qui en est la conséquence doivent être devancés par l'opérateur dès que le diagnostic est simplement probable, non seulement pour éviter la rupture qui peut survenir inopinément à cette occasion, mais pour éviter les difficultés de l'hémostase et les dangers d'une hémostase insuffisante ». Comme on le conçoit les sensations diverses que le palper avait permis de constater dans le cas rapporté plus haut par M. Pinard devenaient plus obtuses à cause de l'impossibilité de déprimer l'abdomen. Cette tension du kyste, s'est rencontrée aussi dans d'autres observations.

Deux fois seulement notre maître constata que le fœtus lui-même était libre et flottant dans l'abdomen (obs. X et XII dans les « Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine »).

Ainsi que dans la grossesse utérine lorsque le fœtus est mort, les femmes vous disent qu'elles ont la sensation de quelque chose qui se déplace dans leur ventre, dépendant de la situation qu'elles se donnent.

Dans quelques cas, le palper permet de reconnaître un fœtus mobile, se déplaçant d'un côté à l'autre de l'abdomen.

Dans ce cas, le kyste fœtal a été rompu et le fœtus est au milieu des intestins (Pinard).

Le palper permet de reconnaître le plus souvent au-dessus de la symphyse ou avoisinant cette dernière une petite tumeur à côté du kyste fœtal, c'est l'utérus hypertrophié « qu'on doit toujours rechercher et qu'on trouvera presque toujours dans le cas où l'enfant est vivant,

dans celui où il est mort et où la date de la mort ne dépasse pas deux mois, *car après cette époque, l'hypertrophie disparaît par suite de l'involution* et la recherche devient plus difficile ». (Pinard). Quelquefois on peut percevoir des contractions à son niveau et cette sensation permettra de reconnaître d'une façon certaine l'utérus.

Lorsque le fœtus est mort, on peut sentir également comme dans la grossesse utérine la crépitation osseuse produite par le chevauchement des os du crâne. Une constatation très importante à faire, c'est la recherche du souffle et du frémissement provoqué par la circulation placentaire, car d'après M. Pinard, une intervention immédiate après la mort du fœtus exposerait la mère aux dangers de l'hémorrhagie puisque la circulation inter-kysto-placentaire ne disparaît qu'environ six semaines après la mort du fœtus. Les bruits du cœur fœtal, de même que dans la grossesse utérine, ne sont plus perçus lorsque le fœtus meurt.

Toucher. — Cette exploration permet de constater des modifications qui sont très utiles pour le diagnostic de la grossesse extra-utérine.

Ce n'est que deux mois généralement après la mort du fœtus, avons-nous dit plus haut, que l'utérus subissant une sorte d'involution revient à peu près à sa forme primitive ; aussi les modification que l'on trouve lorsque le fœtus vient de succomber, ne sont pas sensiblement différentes de celles que l'on trouve lorsque l'enfant est vivant.

Le col subit ce ramollissement que l'on trouve pendant

la grossesse normale, il n'est pas aussi prononcé et surtout pas en rapport avec l'âge de la grossesse. Pourtant dans trois (Pinard) des observations où l'enfant a été extrait vivant de l'abdomen maternel, il l'a été autant.

Sa situation est dans la plus grande majorité des cas modifiée ainsi : on le trouve en avant, en haut vers le pubis ou dévié du côté gauche ou du côté droit de celui-ci, en rapport avec la position de latéralité que l'utérus est obligé de prendre par suite de la pression et de la déviation que la tumeur exerce sur lui ; quelquefois il est inaccessible et le cathétérisme utérin devient impossible.

A propos de l'exploration vaginale, M. Pinard dit (*Sem. Med.*, 94). « Le kyste fœtal plonge plus ou moins dans l'excavation sous forme de tumeur tantôt régulière comme le segment inférieur de l'utérus, tantôt irrégulière et de consistance inégale. L'engagement, la forme, la consistance de cette tumeur qui remplit plus ou moins l'excavation sont en rapport avec la variété de grossesse ectopique, ainsi qu'avec l'attitude du fœtus et le lieu d'insertion du placenta. On n'oubliera donc pas que, si dans certains cas le doigt rencontre profondément engagée une tumeur lisse, régulière, recouverte d'une paroi mince, permettant de sentir au travers les caractères de la région fœtale (sutures ou petites parties), quelquefois aussi, la tumeur est moins engagée, présente des parois irrégulières, d'inégale consistance, et dont l'épaisseur est telle que le doigt, même en déprimant fortement, ne peut arriver à percevoir nettement aucune par-

tie fœtale; presque toujours dans ce cas, le placenta en totalité ou en partie, se trouve dans le petit bassin : constatation importante au point de vue du choix de l'intervention ».

En combinant le toucher au palper, on découvre aisément l'utérus pouvant même se faire soupçonner par quelques contractions, et il est généralement facile à reconnaître, soit à gauche, soit à droite de la symphyse, quelquefois on le trouve complètement dévié vers l'arcade crurale. Nous avons déjà dit que, lorsque la tumeur si volumineuse parfois de la grossesse externe utérine se développe, il n'y a pas de règles à cet égard, il est compréhensible que l'utérus subissant cette pression, dévie du côté où son accommodation est la plus facile.

Il ne faut jamais omettre d'avoir recours à une exploration que le professeur Tarnier conseillait, que l'enfant soit mort ou vivant, et cela non seulement dans les cas difficiles, mais toujours quand il est possible, c'est le cathétérisme utérin *digital*.

L'application malheureusement de ce procédé n'est pas toujours facile, et les difficultés, même à l'aide du chloroforme, ne sont pas toujours vaincues; « le déplacement de l'utérus peut être tellement accusé, que le col soit aussi inaccessible au doigt qu'aux instruments rigides ou flexibles » Pinard (*loc. cit.*). Le cathétérisme instrumental doit aussi être pratiqué quand il est possible. Cette introduction du doigt dans la cavité utérine, permettra de reconnaître s'il existe un obstacle provoqué par la présence de l'œuf ou si elle est libre, mais il faut avoir le soin d'engager son doigt le plus profondément

possible et dépasser la portion cervicale afin d'éviter une erreur.

Tels sont les phénomènes que l'on observe lorsque le fœtus meurt dans la grossesse utérine, mais pour formuler le diagnostic, il faut avoir le soin de se rapporter aux signes décrits dans la première période, et de reconstituer avec soin l'histoire de la maladie.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XIII (Inédite)

Grossesse extra-utérine. Putréfaction du kyste fœtal. Elytro-tomie par M. Segond. Frisson et élévation de la température avant l'intervention 40,2°. P., 140. Guérison.

Entrée le 21 février 1899, F. P...; 28 ans.

Antécédents héréditaires nuls; personnels, réglée à 11 ans toujours régulièrement.

Premier accouchement à l'âge de 18 ans en 1889 à terme sommet spontané, fille morte au bout de trois semaines quoique nourrie par la mère.

Au bout de deux mois, les règles reviennent régulièrement.

Cette femme qui était bien réglée d'ordinaire crut à la fin de février 1898 au début d'une grossesse parce que ses règles qui d'ordinaire duraient pendant 5 ou 6 jours ne s'étaient montrées qu'en très petite quantité pendant deux jours seulement. *Vers la fin de mars ayant depuis plusieurs jours des tendances syncopales et des douleurs dans l'abdomen*, elle fait venir un médecin qui, croyant à l'imminence d'une fausse couche lui fait garder le lit. Elle perdait depuis deux jours du sang tantôt roussâtre tantôt noirâtre et cet écoulement ne devait plus s'arrêter depuis, jusqu'au 15 septembre 1898.

Il n'était pas abondant, mais continu et sans odeur. Pas de trouble du côté de la défécation. La miction n'a jamais été douloureuse mais elle était plus fréquente. Durant les premiers mois, pendant lesquels à plusieurs reprises, elle fut obligée de

garder le lit, elle était obligée de se faire donner le vase 3 et 4 fois chaque nuit. Pas d'autres malaises, ni vomissements, ni nausées. Les vertiges et les douleurs qui durent jusqu'en juillet cessent à la fin de ce mois. Perception des mouvements actifs à la fin de juin. Jusqu'au mois d'octobre elle se porte relativement bien.

Le 7 octobre, huitième mois, ressentant des douleurs dans les reins et dans le bas-ventre, la malade se croit en travail et fait chercher la sage femme, qui croit à une fausse alerte, ces douleurs ayant disparu au bout de deux heures. Huit jours après, la malade ne sent plus remuer et une montée laiteuse se produit. Un médecin appelé ausculte et ne trouve plus les bruits du cœur fœtal. Depuis ce moment jusqu'à son entrée à la clinique, cette femme n'a ressenti aucun malaise sérieux. Elle a continué à perdre un liquide très peu abondant teinté en rouge jusqu'au mois de décembre. Cessation de cet écoulement jusqu'au 11 janvier 1899, quand pendant 4 ou 5 jours elle perd du sang avec tous les caractères de ses règles antérieures, du 11 au 16 février également.

Examen. — Depuis le mois d'octobre, dit-elle, le volume de son ventre a beaucoup diminué. Actuellement, on délimite par la palpation une tumeur qui remonte à deux travers de doigt environ au-dessus de l'ombilic (21 cent. au-dessus de la symphyse). Elle remonte un peu plus à droite qu'à gauche, son plus grand diamètre transversal est de 26 cent. Cette tumeur n'est pas mobilisable par le palper, ni par le palper combiné au toucher.

Par le toucher, on sent que cette tumeur bombe dans le cul-de-sac postérieur déjetant à droite et en avant le col de l'utérus dont le fond se sent facilement par la palpation à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque antérieure et supérieure du côté droit. Les parois de la tumeur kystique sont tendues; par le toucher, l'on arrive sur une partie dure et arrondie qui semble correspondre à la tête du fœtus.

Le cathétérisme fait par M. Pinard le 22 février 1899, donne

12 cent. 1/2, le cathétérisme n'a été suivi d'aucun écoulement sanguin.

Opération. — Elytrotomie le 25 février 1899 par M. Segond. Il extrait un enfant mort et macéré pesant 1280 et le placenta par fragments pesant en tout 380 grammes.

Suites bonnes, température qui oscillait entre 37 et 39 tombe au vingtième jour et la malade part bientôt guérie.

OBSERVATION XIV (inédite)

Kyste foetal diagnostiqué par M. Pinard. — Laparotomie par M. Segond. — Guérison.

Femme N..., entrée à Baudelocque en novembre 1899.

Antécédents héréditaires, nuls.

Il y a 13 ans accouchements spontanés à terme, enfant vivant nourri au sein maternel. Bien portant.

Règles régulières depuis, aucune maladie dans l'intervalle, toujours bonne santé.

Dernières règles, 26 décembre 1898. Le 11 février 1899, chute à la suite de laquelle la malade se plaint d'une douleur à droite, elle éprouve aussi de la difficulté d'aller à la garde-robe et en même temps un besoin fréquent d'uriner. Les douleurs sont violentes mais le repos les calme, aussi, est-elle obligée de rester souvent couchée. Le 12 mars écoulement sanguin pâle, les jours suivants il devient plus foncé et persiste tantôt brun rouge, tantôt noirâtre, marc de café, jusqu'à la fin de juin. Pendant le mois de juin, elle a perçu, dit-elle, très nettement les mouvements de son enfant; au commencement de juillet elle ne les sent plus, et depuis ce moment jusqu'à la deuxième moitié d'août elle ne perd plus, mais souffre toujours par intermittences. *A la fin d'août, elle aperçoit un écoulement qui dure trois ou quatre jours, vers le milieu de septembre également et elle dit que cet écoulement est le même que celui de ses règles. Au mois d'octobre également mêmes pertes durant quelques jours.*

Actuellement elle sent *une pesanteur* dans l'abdomen et souffre légèrement.

Palper. — On arrive sur une masse dure située dans la fosse iliaque droite remontant jusqu'à l'ombilic et profondément située. La tumeur est immobile.

Toucher. — Col en haut vers la symphyse, rien d'appréciable dans le cul-de-sac gauche: dans le cul-de-sac droit, on perçoit une légère tension. Par le palper et le toucher combinés on sent le fond de l'utérus à trois travers de doigt au-dessus de la symphyse. L'utérus est mobile, il est repoussé en avant et en haut. En arrière dans le cul-sac postérieur, il y a une tumeur qui remonte vers le cul-de-sac latéral gauche à 8 centimètres au-dessus de la symphyse; à droite elle remonte un peu plus haut. La tumeur paraît couchée en travers sur l'angle sacro-vertébral.

M. Pinard porte le diagnostic de kyste fœtal.

Laparotomie. — Le 29 novembre 1899, par M. Segond, chloroforme, incision de la paroi abdominale etc., etc. M. Segond ne trouve pas trace de fœtus dans le kyste, mais il extrait de la cavité abdominale un placenta qui pesait 50 grammes. L'ovaire droit avec des débris de kyste pèse 35 grammes, l'ovaire gauche 8 grammes.

Suites opératoires. — Elles sont bonnes: le huitième jour, on enlève les fils et les mèches de gaze qui étaient mises dans l'abdomen sont changées tous les jours pendant quelque temps. Elle sort parfaitement guérie.

OBSERVATION XV. (Inédite)

Grossesse extra utérine ayant évolué près du terme. — *Laparotomie, marsupialisation du kyste le mercredi 6 décembre 1899, par M. Segond.* — *Guérison.*

Femme S., 28 ans, entrée à Beaudelocque le 30 décembre 1899. Antécédents héréditaires, nuls. Personnels, aucune maladie, bien portante; réglée à 13 ans, régulièrement.

Grossesses première. Juillet 1889, fille, sommet spontané chez elle, nourrie au sein maternel, bien portante.

Deuxième, avril 1892, chez elle, garçon spontané, nourri au sein maternel, un an bien portant.

Dernières règles du 22 au 27 novembre 1898.

Apparition des mouvements actifs, le 12 avril, la femme à partir de la fin mai, n'a plus senti remuer.

Pas d'albumine.

Cette femme entre à la clinique le 30 octobre 1899, elle attendait ses règles au mois de décembre 1898, mais ne les eut pas. Le 8 janvier, elle ne se sentit pas bien portante, elle avait quelques douleurs sourdes dans le bas-ventre, et vers le soir elle perdit du sang, mais pas de la même nature que ses règles affirmait-elle. Ces pertes se suspendaient et revenaient par intervalle de deux ou trois jours, comme cet état l'inquiéta, *elle voit un médecin en février, qui lui dit qu'elle est enceinte. Au mois de mars, le médecin lui affirme de nouveau qu'elle est enceinte, mais n'entend pas les bruits du cœur.* A ce moment, les pertes sont plus claires et présentent une teinte rouge au lieu de noire. Pas de pertes du mois d'avril à la fin de juillet. Vers le 15 avril jusqu'au commencement de juin, elle sent remuer son enfant, à ce moment elle passe toute une nuit dans des douleurs très fortes et elle prend des lavements laudanisés. Les douleurs diminuent progressivement et à la fin de juin, elle ne souffre plus.

Vers le mois d'août, pendant 4 ou 5 jours, la malade dit avoir perdu du sang identique à celui de ses règles antérieures; vers le milieu de septembre également, ainsi qu'au mois d'octobre tout récemment.

M. Pinard décide donc de garder cette femme en observation afin que l'on puisse l'observer pendant la période menstruelle et pour voir quelles modifications se produisent à cette époque du côté de la tumeur.

Examen. — Tumeur kystique remplissant l'abdomen et sur la ligne médiane remontant à 34 centimètres au-dessus de la

symphyse. non adhérente à la paroi. Assez mobile dans toute la hauteur.

Par le palper on fait balloter une partie fœtale probablement la tête dans la fosse iliaque gauche; au-dessus de la symphyse, on perçoit une petite tumeur qui n'a pas la même consistance que la masse totale et qui paraît être le fond de l'utérus.

Toucher. — Dans le cul de-sac latéral droit on sent vaguement le corps de l'utérus, le col regarde à gauche et en haut; on perçoit la tumeur kystique dans le cul-de-sac postérieur et dans les culs de-sac latéraux. Auscultation négative.

Le 21 novembre, règles, augmentation de la tension de la tumeur constatée par M. Pinard.

Le 25 novembre, cessation des règles.

Le 28 novembre, on introduit une sonde dans la cavité utérine qui mesure 9 centimètres.

6 décembre, opération. M. Segond mesure de nouveau la longueur utérine et trouve 9 centimètres et l'utérus fortement incliné à droite. Ouverture de l'abdomen, incision du kyste, le liquide coule à flots. M. Segond extrait d'abord le placenta puis le fœtus avec le cordon. L'intérieur du kyste est ensuite vidé des débris qu'il renferme et soumis à un lavage. Marsupiélisation de la poche avec les parois du kyste à l'aide de fils de soie, tamponnement à gaze iodoformée, pansements. Poids du fœtus 2.430 grammes, attitude vicieuse du pied gauche, placenta 350 gr.

Suites opératoires bonnes, la température oscille entre 38° et 37°. Elle quitte le service guérie. en janvier 1900.

OBSERVATION XVI (De la thèse PAQUY)

Femme entrée à la clinique Baudelocque le 15 mars 1897, âgée de 40 ans. Antécédents héréditaires, nuls. Personnels, fièvre typhoïde à 18 ans. Réglée à 15 ans. N'a jamais eu aucune affection abdominale. Pas de grossesse antérieure.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 15 au 28 juillet 1896. Le 18 septembre, la malade est prise brusquement

d'une violente douleur abdominale, qui dure de 4 heures à 7 heures du soir. Nuit assez calme.

Le 19, à la même heure, nouvelle crise qui dure toute la nuit et qui ne se calme que par une injection de morphine. A partir de ce moment, la malade souffre par crises et est obligée de garder le lit, jusqu'aux premiers jours de novembre. Les douleurs étaient surtout ressenties à droite.

Elle put se lever du 1^{er} au 15 *novembre*, époque à laquelle elle était obligée de garder le lit. A ce moment, elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume à droite. Œdème des jambes, surtout au niveau des malléoles.

Le 14 *décembre*, on fait à trois travers de doigts de l'ombilic, au niveau de la partie saillante de la tumeur, une ponction aspiratrice qui permet de recueillir une cuillerée à café de sang.

Au commencement de janvier, nouvelle ponction à l'aide d'une seringue de Pravaz, on retire du sang.

L'œdème augmente progressivement et gagne les cuisses, les organes génitaux externes et la partie inférieure de l'abdomen. On examine les urines le 1^{er} février et on constate qu'elles contiennent de l'albumine.

Le 1^{er} *mars*, on perçoit les mouvements actifs du fœtus et la malade est envoyée à la clinique Baudelocque, où elle entre le 15 mars 1897.

Examen de la femme à son entrée, le 15 mars 1897.

Etat actuel. — Mauvais, facies grippé, sans accélération du pouls ni élévation de température. Pouls dur résistant (artériosclérose).

Tension sanguine, 23 mm. de Hg.

Amaigrissement de la partie supérieure du corps, tandis que les membres inférieurs sont énormes de par un œdème considérable qui a atteint même les organes génitaux externes et la paroi abdominale sous-pubienne.

L'examen des seins montre qu'il s'écoule par le mamelon une notable quantité de colostrum.

Le ventre est volumineux, développé régulièrement, mais une seule tumeur apparaît en relief à travers la paroi abdominale. Cette tumeur qui semble occuper toute la cavité, de l'abdomen empiète cependant davantage sur le côté droit.

Le palper permet de constater qu'en dehors des endroits infiltrés la paroi abdominale est mince. Déprimant légèrement cette paroi sur la ligne médiane, la main perçoit facilement la sensation d'une couche liquide qui sépare la paroi abdominale de la paroi de la tumeur; il y a donc de l'ascite. La masse intestinale est rejetée en haut et surtout à gauche, comme dans le cas de grossesse utérine. Essayant de déplacer la tumeur on ne peut y parvenir; elle paraît immobilisée surtout à droite depuis le haut jusqu'en bas.

Palpant cette tumeur en déprimant profondément, on sent d'abord une paroi constamment tendue, puis on arrive sur des parties foetales donnant la sensation d'enfant vivant. Il semble qu'on puisse déterminer ainsi l'attitude du fœtus : tête en haut et à droite sous le foie, dos incurvé avec une convexité en bas et le siège au-dessus de la fosse iliaque gauche, il est impossible de le déplacer en totalité. Pendant ces explorations, la main n'a pu percevoir aucune contraction de la paroi de la tumeur.

A l'auscultation, le stéthoscope appliqué à 2 centimètres au-dessous et à 1 centimètre à droite de l'ombilic fait entendre nettement des pulsations foetales présentant un rythme normal.

Le toucher fait reconnaître une excavation dont la moitié inférieure est libre et dont la moitié supérieure est tendue : en explorant cette tumeur, on trouve sur la ligne médiane, assez élevée, mais au centre de l'excavation, une légère saillie molle qui est constituée par le col ramolli comme chez une femme à terme. On explore facilement le cul-de-sac antérieur qui est libre, mais le cul-de-sac postérieur est en partie effacé par la tumeur. En introduisant le doigt dans le col, on pénètre avec la plus grande facilité, autant que le permet la longueur de ce doigt sans rencontrer aucun obstacle. Combinant le palper avec le toucher intra-cervical, il est impossible, vu l'état des

grandes lèvres tuméfiées d'une part, qui empêchent l'introduction profonde de la main et celle de la paroi abdominale oedématisée, de percevoir en aucun point une petite tumeur accompagnant la tumeur principale. On porte le diagnostic de *grossesse extra-utérine probable de 7 mois 1/2 environ, avec enfant vivant*, se réservant, quand l'oedème aura disparu, de pratiquer une exploration plus complète. On ordonne : diète lactée en raison de l'albuminurie, constatée en assez grande abondance, repos absolu, assurer la régularité de toutes les fonctions.

Sous l'influence du traitement, l'état général se modifie rapidement, devient meilleur, l'oedème disparaît progressivement.

Le 18 mars, l'examen des urines donne 2 gr. 70 d'albumine par litre, ce qui fait par 24 heures, 8 gr. 34.

Examen le 23 mars. — L'oedème ayant complètement disparu, M. Pinard pratique à nouveau l'examen de cette femme.

Palper. — On constate tout d'abord que la paroi de la tumeur est plus tendue.

Auscultation. — On n'entend plus les bruits du cœur.

Toucher. — La tumeur a pénétré dans l'excavation et s'y enfonce considérablement. La partie la plus inférieure de la tumeur qui plonge dans l'excavation présente une paroi beaucoup plus tendue que lors du premier examen. Le col s'est déplacé. *Il n'est plus au centre de l'excavation, mais a été repoussé en avant et en haut derrière la symphyse.* Le col présente le même degré de mollesse. On explore encore le cul-de-sac inférieur en portant la main très fortement en pronation et en introduisant le doigt dans la cavité cervicale, très facilement perméable, on arrive à une hauteur de 5 à 6 centimètres, sans rencontrer d'obstacle ni de sensation d'orifice. Combinant à un moment le palper avec le toucher intra-cervical, on perçoit de la façon la plus nette, une petite tumeur qui durcit dans la fosse iliaque gauche. Au moment de la contraction de cette tumeur, très facilement sentie par la main abdominale, le doigt placé dans le canal cervical n'a perçu aucune modification dans la consistance des tissus ; donc il y a une contraction du corps et nullement une contraction du col.

Le *diagnostic* de grossesse extra-utérine est confirmé, mais avec enfant qui vient de succomber. Le cathétérisme utérin donne 13 centimètres.

Le 23 *mars*, tension artérielle 23 Hg.

Il n'y a pas eu dans les jours qui ont suivi de montée laiteuse appréciable. Il s'écoule toujours par le mamelon une petite quantité de liquide épais, blanc, jaunâtre.

Malgré le régime lacté, la quantité d'albumine varie entre 3 et 5 grammes par litre; la quantité d'urine restant entre 1 litre et 1 litre 1/2.

Le 5 *avril*, la température atteint 38°, l'état général est mauvais, langue sale, diarrhée assez abondante. La malade éprouve quelques douleurs revenant par intervalles réguliers, la tumeur est très tendue. Il s'écoule par le vagin un léger suintement sanguin.

Les jours suivants, l'état général ne s'améliore pas; la température atteint souvent 38° le soir, le pouls se maintient entre 115 et 130.

Laparotomie le 27 *avril*, par M. PINARD.

Incision sur la ligne médiane, ouverture du kyste et extraction d'un fœtus macéré du poids de 1770 grammes, qui se trouvait en présentation du siège. On marsupialise la poche et on laisse le placenta.

Le 11 *mai*, premier pansement. On enlève facilement le placenta. L'état général s'est considérablement amélioré, l'albumine a disparu. La malade encore en traitement est en parfait état.

OBSERVATIONS PUBLIÉES PAR M. PINARD

*Documents pour servir à l'histoire de la grossesse
extra-utérine*

OBSERVATION XVII

Grossesse extra-utérine remontant à 12 mois environ. Laparotomie. Rétention du placenta dans le kyste fœtal. Guérison sans fistule.

La femme Nicolle, âgée de 39 ans, domiciliée à Blignencourt (Oise), entre à la Maternité Baudelocque le 17 juillet 1889 (envoyée par le docteur Branthomme, de Méru).

Cette femme est accouchée deux fois à terme, d'enfants vivants. Le dernier accouchement remonte à 10 ans. Jamais de fausses couches. Une pelvie-péritonie (salpingite droite?) en 1885. Un mois au lit. Bonne santé habituelle. Menstruation régulière.

Elle a eu ses règles pour la dernière fois le 7 juillet 1888, et depuis lors, dès le 10 août, elle a toujours été souffrante (douleurs dans le bas-ventre); à aucun moment elle n'a eu d'écoulement sanguin, ni de crise aiguë. *Mais elle a dû cesser tout travail et garder le lit presque constamment.*

2 premiers mois : troubles de la miction et de la défécation.

Au mois d'avril dernier, c'est-à-dire au terme de sa grossesse, elle fut prise de douleurs « comme pour accoucher ». La sage-femme fut mandée, mais s'en retourna après avoir déclaré que c'était une fausse alerte. La nuit suivante, N... cessa de percevoir les mouvements actifs du fœtus qu'elle sentait nettement jusque-là. Inquiète, elle fit appeler un médecin qui constata la mort du fœtus (*3 jours après le faux travail*).

Quatre ou cinq jours après, il y eut une montée laiteuse. Le ventre diminua de volume.

Après avoir gardé le lit pendant un mois, N..., se trouvant mieux, se leva pour reprendre ses occupations, attendant

toujours sa délivrance. Puis il y a quinze jours, fatiguée d'attendre et inquiète, elle alla consulter le docteur Branthomme qui l'adressa à M. Pinard.

Examen à l'entrée. — Etat général peu satisfaisant. N... dit avoir beaucoup maigri. Lait dans les seins.

Le ventre est régulièrement développé. Le palper y fait reconnaître une tumeur sphérique occupant tout le bas-ventre et dont la partie culminante remonte à 5 travers de doigt au-dessus de l'ombilic (9 centimètres au-dessus de l'ombilic, 24 centimètres au-dessus de la symphyse).

Cette tumeur est sans bosselures, immobile, dure surtout à sa partie supérieure droite.

À trois travers de doigt au-dessus de l'arcade de Fallope droite, on perçoit dans la tumeur *une crépitation très nette* ; au même point les doigts sentent une région fœtale très superficielle ayant les caractères de l'extrémité céphalique. Auscultation : silence complet.

Le palper ne détermine aucune douleur ; pas de douleurs spontanées.

La miction et la défécation s'exécutent normalement.

TOUCHER. — Le col est mou, refoulé à gauche et en arrière ; le cul-de-sac latéral gauche est souple.

Le cul-de-sac latéral droit est effacé, bombe dans l'excavation : on y sent une région fœtale dont on ne peut distinguer les caractères.

Les mouvements communiqués par le palper à la tumeur abdominale sont transmis au doigt explorant le cul-de-sac droit mais non au col.

Nulle part on ne sent le corps de l'utérus qui doit être en arrière du kyste.

Le cathétérisme de l'utérus montre que sa cavité est vide :

Je pratiquai la laparotomie le 30 juillet 1889. Incision de la paroi abdominale jusqu'au niveau du kyste. Sutures des parois de ce dernier à la paroi. Incision du kyste, extraction d'un fœtus macéré pesant 2200 grammes. Liquide amniotique épais,

peu abondant et non purulent. Lavage du kyste avec la solution de naphtol. Drainage et pansement.

Il n'y eut aucune élimination du placenta (le cordon avait été au moment de l'extraction du fœtus coupé au ras de la face fœtale). Les parois kystiques s'accolèrent, la plaie se ferma et le placenta s'enkysta à nouveau sans présenter trace de suppuration.

Cette femme quitta le service le 30 novembre bien portante.

OBSERVATION XVIII

Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 8^e mois environ. Laparotomie neuf mois après la mort de l'enfant. Guérison avec persistance d'une petite fistule.

La nommée L..., âgée de 32 ans, primipare, entre le 3 février 1889 à la Maternité de Lariboisière, salle Mauriceau, lit n° 8. Cette femme a eu, il y a trois ans, une fièvre typhoïde assez grave, dit-elle, qui l'a retenue 45 jours au lit ; c'est la seule maladie qu'elle ait faite.

Elle a toujours été bien réglée avec quelques petites avances, mais jamais elle n'a eu d'hémorrhagies ni de pertes blanches. A la fin de mai 1888, elle n'a pas eu ses règles qu'elle attendait à ce moment ; elle éprouve des douleurs dans le bas-ventre et entre le 30 juin dans le service du docteur Siredey. On porta le diagnostic de fibromes utérins. Elle séjourna trois mois dans le service et quand elle le quitta on lui dit qu'elle était enceinte.

Pendant son séjour à Lariboisière, elle avait, nous dit-elle, perdu pendant trois semaines un liquide clair comme de l'eau. Les mois suivants elle vit son abdomen augmenter de volume, sentit son enfant remuer et aucun incident ne vint marquer le cours régulier de la grossesse, si ce n'est dans les derniers jours de janvier. Voici à ce sujet les renseignements qu'elle nous donna lors de son entrée le 3 février 1889 :

Depuis quatre jours, elle n'a pas senti remuer son enfant et elle éprouve une douleur siégeant au voisinage et au-dessous de

l'ombilic. Tous ces phénomènes ne pouvaient être rapportés à aucun incident particulier; elle se croit en travail et c'est pour cette raison qu'elle est venue dans le service.

EXAMEN. — État général bon, ni œdème, ni varice, squelette bien conformé, seins bien développés et contenant du colostrum en abondance. L'abdomen est développé comme chez une femme à terme. Il contient une tumeur occupant surtout la fosse iliaque et le flanc droit, remontant au-dessus de l'ombilic sans atteindre pourtant le rebord des fausses côtes. Cette tumeur semble immobilisée dans l'excavation, mais est mobile dans ses segments moyen et supérieur. Au point de vue des sensations fournies par le palper, on peut considérer trois régions différentes dans cette tumeur : *une grande masse donnant la sensation d'un utérus gravide*; puis, au voisinage de l'ombilic, faisant corps avec la tumeur principale, une saillie ayant environ le volume d'une orange, offrant une consistance fibreuse au niveau de laquelle on obtient la sensation de frottements péritonéaux (ce point est très douloureux); *la troisième région* est constituée par une tumeur qui paraît naître de la tumeur principale dans la région sus-pubienne droite et se continue dans la fosse iliaque du même côté; cette tumeur offrant la même consistance que la tumeur supérieure.

Entre ces deux régions s'étend la tumeur principale fournissant au palper les sensations d'un utérus gravide. *Cette tumeur se contracte assez souvent* et prend au moment de la contraction la consistance ligneuse. On est assez souvent obligé d'interrompre l'exploration et d'attendre que la contraction soit terminée.

Il est fort difficile de reconnaître par ce moyen d'exploration les diverses parties fœtales. On obtient pourtant dans la partie inférieure de la tumeur, et par la pression, une sensation très nette de crépitation osseuse qui indique la présence de la tête. A l'auscultation, on ne découvre aucun battement fœtal sur toute l'étendue de la tumeur.

Au toucher, on trouve un col encore long mais mou; dans le

cul-de-sac antérieur, se prolongeant à droite, on sent une tumeur lisse, arrondie, ayant la consistance demi-molle des fibromes pendant la grossesse.

La température est à 38°; elle se maintient à ce niveau les jours suivants puis redescend à la normale.

M. Pinard porte le diagnostic d'enfant mort depuis quelque temps chez une femme ayant des tumeurs fibreuses. La femme reste dans le service pendant presque deux mois sans qu'on note aucun incident particulier.

Le 26 mars, elle éprouve des coliques; son linge est tâché de sang. Au toucher, on atteint difficilement le col qui est fermé et se trouve situé très haut en arrière et à gauche. Pendant trois ou quatre jours, léger écoulement sanguin.

Le 28 mars, le col paraît plus accessible, plus mou; le fibrome antérieur paraît plus ramolli. Le 30 mars, *le segment inférieur s'est beaucoup abaissé, le col est à peine saillant, l'orifice externe n'est pas ouvert.*

Les jours suivants, le toucher donne les mêmes résultats. L'écoulement sanguin a cessé.

24 avril. Légère hémorrhagie durant trois jours; le toucher ne permet de constater aucune particularité nouvelle.

17 mai. Nouvelle hémorrhagie durant quatre jours, mais apparition de la fièvre et de douleurs abdominales. La température monte à 38° et 39°. Cet état dure huit jours. La tumeur devient immobile. Depuis ce moment, tous les mois se produisent les mêmes phénomènes : écoulement sanguin, fièvre, nausées. Ces symptômes durent huit jours environ. A la suite de chaque poussée péritonitique, la tumeur s'immobilise de plus en plus. Cette femme quitte la maternité de Lariboisière et entre à la clinique Baudelocque.

La dernière poussée péritonitique est du 6 septembre : la température s'est élevée à ce moment jusqu'à 39°. Depuis son arrivée à la clinique Baudelocque, la femme a maigri considérablement; le facies est pâle et légèrement bouffi. M. Pinard pense qu'il est nécessaire d'intervenir.

L'utérus et la vessie sont repoussés du côté gauche ; en pratiquant le cathétérisme vésical on retire 100 grammes d'urine normale sans albumine. Le cathétérisme utérin est impossible en raison de la situation du col qui est à gauche, en avant, très élevé et inaccessible pour ainsi dire. M. Pinard pratique la laparotomie le 22 octobre à 9 heures et demie du matin après avoir pris les précautions antiseptiques les plus complètes.

Après avoir incisé l'épaisseur de la paroi abdominale, on arrive sur une tumeur paraissant lisse à la surface et contenant le fœtus. On fait alors des sutures avec la soie phéniquée pour réunir cette tumeur kystique à la face profonde de la paroi abdominale. En incisant ensuite la tumeur fœtale, il semble qu'on est sur l'utérus gravidé ; pourtant après l'incision et l'extraction du fœtus, les parois ne reviennent pas rapidement sur elles-mêmes et ne prennent pas une épaisseur plus considérable.

L'épaisseur de la paroi kystique paraît à peu près uniforme et atteint environ un centimètre à un centimètre et demi. Plusieurs artères assez volumineuses ont été sectionnées ; il s'écoule de la cavité kystique une assez grande quantité de pus ; on retire le fœtus du sexe féminin, pesant 1520 grammes ; il est adhérent par points à la face interne de la poche kystique ; le cuir chevelu est particulièrement adhérent et reste, pour ainsi dire, en totalité dans la cavité kystique.

Après avoir fait de grands lavages avec la solution de naphтол, on laisse le placenta en place, on bourre la poche de gaze iodoformée, on laisse sept pinces à demeure, on ne ferme ni le kyste ni la paroi abdominale, mais on résèque une petite portion de la paroi kystique pour l'examiner au microscope afin de savoir si on a incisé l'utérus ou un kyste fœtal. On fait un pansement avec de l'ouate iodoformée et on applique une ceinture de flanelle exerçant une compression assez forte pour immobiliser la paroi et les intestins.

Le soir de l'opération, la malade est assez bien ; pas de réaction péritonéale ; pouls petit, faible, 102 ; température 38°3.

L'opérée n'a pas eu de vomissements ; le sommeil chloroformique a été très bien supporté sans nausées ni vomissements : il a duré une heure et quart environ et il n'a été donné que 50 grammes de chloroforme, maison avait, un quart d'heure avant l'opération, pratiqué une injection sous-cutanée avec un centimètre cube de la solution suivante, comme l'a conseillé le professeur Dastre :

Chlorhydrate de morphine..... 0.10 centigr.

Sulfate d'atropine..... 0.05 mill.

Eau distillée..... 10.— gr.

23 octobre. Le facies est mauvais ; le poulx est petit et fréquent, température 38°9 ; il y a eu deux vomissements ; miction spontanée. On change le pansement ; il ne s'est pas fait d'écoulement sanguin. On enlève les pinces à forceps et la pièce de gaze iodoformée ; on place dans la cavité deux gros tubes à drainage en caoutchouc ; pendant toute la durée des pansements, on fait de larges lavages avec la solution de naphtol.

Le 23 octobre soir, la malade est encore plus déprimée ; poulx 120, très petit ; température 39° ; pas de douleurs.

Le 26, état assez satisfaisant ; la malade prend du champagne et du bouillon, poulx 90.

Jusqu'au 28 octobre, on fait deux pansements par jour ; mais il est curieux, si on a ouvert l'utérus, de ne voir s'écouler ni sang ni lochies par le vagin, ni une goutte de la solution de naphtol avec laquelle on lave largement le kyste.

Le 28, l'état général est très bon. Malgré les lavages, il ne s'élimine aucune portion de cotylédons ni membranes et la cavité se rétrécit considérablement ; cependant elle mesure encore en profondeur 10 centim. et en hauteur 12 centim., car elle remonte sous la paroi abdominale à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Le 11 novembre, la malade qui perdait du sang chaque mois à cette époque n'a encore rien vu. Le placenta ne s'élimine que très lentement, par très petits fragments, entraînés par le liquide de l'injection qui ressort louche.

Le 20, l'élimination placentaire est toujours lente et ne se fait que par une sorte de macération. État général excellent.

Le 22, le professeur Pinard pratique le toucher vaginal : le col a repris sa place habituelle ; il occupe le centre du canal vaginal, et l'excavation qui était remplie et semblait occupée par de prétendus fibromes se trouve libre.

Quant à la plaie, elle se rétrécit chaque jour ; le fond de la cavité se comble également, mais il est anfractueux et il semble qu'avec le doigt introduit par l'incision, on enfonce dans les cotylédons. On laisse toujours les deux tubes à demeure et on fait chaque jour un grand lavage dans la cavité. Depuis l'opération, il ne s'est pas écoulé par la vulve ni sang ni eau.

1^{er} décembre. La malade qui avait ses règles tous les mois avant d'être opérée n'a rien vu depuis l'opération ; nous approchons de l'époque des règles, le sang devra se montrer par la plaie si l'utérus a été incisé.

Le 9, les règles qui n'avaient pas paru le mois dernier apparaissent aujourd'hui, le sang vient en quantité normale et s'écoule par la vulve ; il ne se fait aucun écoulement sanguin par la plaie ni dans l'intérieur du kyste ; du reste l'examen microscopique fait par le D^r Darier montre que la portion du kyste qui a été réséquée n'a pas les caractères de la paroi utérine.

Le 13 décembre, les règles cessent ayant présenté leur abondance et leur durée habituelle. Plus de poussée du côté du péritoine.

Depuis huit jours, on fait deux grands lavages par jour, en raison de l'odeur qui résulte de l'élimination de débris placentaires assez volumineux ; on retire avec des pinces des portions de cotylédons du volume d'un petit œuf.

Le 16, la malade va très bien et engraisse ; le ventre a repris en grande partie sa souplesse, et il semble que les fibromes dont on avait constaté la présence pendant la grossesse aient subi un travail considérable de régression, car il serait difficile aujourd'hui d'affirmer leur existence.

Du 20 décembre au 4 janvier, on continue de faire une injection chaque jour dans la cavité qui se rétrécit du reste beaucoup; le tube est toujours laissé en place parce que le liquide revient encore sale et un peu louche.

Le 15 février on retire définitivement le tube pour permettre à la cavité de se combler et à l'orifice de se fermer, car le liquide injecté revient clair et il ne s'élimine plus aucune portion de placenta.

Le trajet fistuleux persiste, mais la femme se lève, se promène et l'état général est excellent.

Elle quitte le service le 3 mai 1891 pour aller au Vésinet et n'a pas été revue depuis cette époque.

OBSERVATION XIX

Grossesse extra-uterine ayant évolué jusqu'au 6^e mois.

Elytrotomie. Guérison.

La nommée Boud..., âgée de 31 ans, entre le 18 janvier 1900 à la Maternité Baudelocque, service de M. le Professeur Pinard.

Cette femme est née à Paris: son père est mort à 68 ans, sa mère à 55 ans, sa sœur et ses trois frères sont vivants et bien portants.

Quant à elle, elle a toujours été d'une bonne santé; réglée à 13 ans et demi et depuis toujours très régulièrement, elle est déjà accouchée deux fois: la première fois en 1879, la seconde en 1881. Ces deux accouchements à terme ont été faciles et spontanés; les suites de couches ont toujours été physiologiques. Les deux enfants mis en nourrice ont vite succombé. Depuis son dernier accouchement, les règles, non douloureuses, viennent périodiquement d'une façon très régulière.

Le 10 avril 1889, la malade voit ses règles pour la dernière fois et, en raison de la régularité antérieure de la menstruation, croit qu'elle commence une troisième grossesse; mais le début de cette grossesse probable ne ressemble en rien aux deux

grossesses précédentes, en raison des douleurs qui ne tardèrent pas à se montrer. La malade va alors consulter au mois de juin, à l'hôpital Lariboisière : là on affirme l'existence de la grossesse; mais, d'après le dire de la malade, on ne put entendre les bruits du cœur. On conseille des bains. A partir de ce moment, la malade se sent de plus en plus fatiguée et les douleurs deviennent plus vives; ces douleurs de ventre sont intermittentes, revenant par crises, durant deux et trois heures. A partir d'octobre, la malade commence à maigrir; il y a un peu de fièvre et les nuits sont sans sommeil; en outre, il y a perte de l'appétit et des vomissements fréquents plus marqués encore au moment des crises douloureuses.

Au commencement de novembre, en se mettant sur le bassin, elle est prise de douleurs violentes qui l'empêchent de se relever. Une sage-femme appelée à ce moment pense que l'accouchement se fera dans la nuit; elle affirme que le fœtus est vivant et que l'extrémité céphalique est en bas. Bientôt les douleurs se calmèrent, mais la femme n'accoucha toujours pas. Un médecin, appelé huit jours après la visite de la sage-femme, pense que l'accouchement ne peut tarder à se faire.

Les choses restèrent à peu près dans le même état quand le 10 janvier se montra un premier écoulement de sang; la perte fut peu marquée; mais, depuis, tous les jours, la femme perd du sang, ce qui n'avait jamais eu lieu jusqu'alors; ces écoulements de sang sont accompagnés ou non de coliques; jamais il n'y a eu d'expulsion de peau ou de membranes à la connaissance de la malade.

État actuel. — 18 janvier. Amaigrissement assez marqué, pouls petit et assez fréquent (100), température 37°4; l'appétit est un peu revenu, plus de vomissements; miction facile, assez fréquente; constipation; pas d'œdème des membres inférieurs; les urines ne renferment pas d'albumine.

Seins assez développés; quatre mois après les dernières règles, écoulement de colostrum qui tache la chemise; depuis deux mois les seins ont beaucoup diminué de volume; mais à

la pression de la base du mamelon, on fait sortir facilement du lait.

Le ventre présente une forme irrégulière ; il a diminué depuis un mois dans des proportions assez considérables. Par le palper on délimite une masse remontant jusqu'à l'ombilic : cette masse, cette tumeur, est bilobée, présentant deux grosses extrémités de chaque côté de la ligne médiane, qui font penser à un utérus bicorne ; mais, à aucun moment, on ne perçoit de contraction dans cette tumeur. Dans la grosse extrémité gauche on perçoit très nettement et superficiellement *une crépitation osseuse* ; sensation d'empâtement dans la grosse extrémité droite. La totalité de la masse n'est point mobile et paraît adhérente à la face profonde de la paroi abdominale. De plus, on sent au-dessus de la symphyse du pubis, légèrement inclinée à gauche, une autre masse pyriforme à grosse extrémité supérieure remontant à quatre travers de doigt au-dessus de la symphyse. Il est vraisemblable que cette masse est constituée par l'utérus augmenté de volume ; cependant, on ne peut percevoir de contractions pendant l'examen. L'exploration de l'abdomen par le palper est peu douloureuse.

A l'auscultation, on n'entend aucun bruit, aucun soufflé.

Toucher. — Léger écoulement sanguin par les organes génitaux. L'excavation est remplie par une masse irrégulière, assez volumineuse, immobile, occupant tout le cul-de-sac postérieur ; le doigt arrive de suite sur cette masse, directement pour ainsi dire, n'étant séparé d'un plan résistant que par une très petite épaisseur de parties molles ; il semble même qu'on puisse reconnaître la présentation de l'extrémité pelvienne.

Le col de l'utérus a toute sa longueur, il est ramolli dans presque toute son étendue ; l'orifice externe seul perméable permet l'introduction de la première phalange ; il est rejeté en avant derrière la symphyse ; et en imprimant des mouvements, on sent qu'ils sont transmis à la main appliquée sur la paroi abdominale au niveau de la masse à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. Cette masse est donc bien l'utérus incliné à

gauche et augmenté de volume; l'utérus est vide; on fera du reste le cathétérisme utérin. En présence de ces signes, le professeur Pinard diagnostique une grossesse ectopique.

24 janvier. Léger écoulement de sang; exploration par le cathétérisme vésical, combiné au toucher vaginal; la vessie se trouve refoulée à droite, latéralement à l'utérus refoulé bien à gauche. Désinfection du vagin par injections toutes les quatre heures. Asepsie du tube digestif (paquet de cascara et naphтол).

Le 25. En raison des résultats obtenus par les différents moyens d'exploration, le professeur Pinard pratique l'*élytro-tomie* en présence du professeur Slawiansky, de St-Petersbourg. Injection sous-cutanée de solution d'atropo-morphine. Après avoir tendu avec deux doigts la paroi postérieure du vagin, le professeur Pinard fait entre ses deux doigts une incision à gauche et en arrière et d'arrière en avant sur un pied du fœtus qu'on sent à travers la paroi qui est très peu épaisse. On arrive sur les membranes qu'on rompt et on agrandit la plaie avec les doigts en produisant un léger écartement des parties molles. On arrive sur le fœtus qui est extrait par le siège; il est du sexe féminin et pèse 1180 grammes. Immédiatement après l'extraction, grands lavages avec plusieurs litres d'une solution de naphтол, tamponnement du kyste fœtal et du vagin avec une bande de quatre mètres de gaze iodoformée. Durée de l'opération, 35 minutes.

Le soir la malade a eu quelques vomissements; pouls 120, temp. 38°2.

26 janvier. Encore un vomissement le matin; pouls 130, temp. 39°; pas de douleurs ni d'écoulement. On sonde la malade deux fois par jour: urines foncées.

Le 27. La nuit a été bonne, une peu d'excitation mise sur le compte du pansement iodoformé; on détamponne alors la malade et on fait grand lavage avec la solution de naphтол, tampon de gaze iodoformée dans le vagin.

Le 28. On supprime le tampon de gaze iodoformée qu'on remplace par du coton hydrophile trempé dans une solution de biiodure de mercure à 1/4000.

Le 30. L'écoulement a manifestement de l'odeur, on fait quatre irrigations par jour. L'état général est excellent. La malade s'alimente volontiers.

5 février. En raison du rétrécissement de la plaie, le professeur Pinard, après avoir constaté la présence de la membrane granuleuse interposée entre le placenta et la paroi du kyste, fait donner du chloroforme et introduit toute la main dans le vagin ; avec deux doigts introduits dans le kyste fœtal, il va décoller le placenta : il introduit ainsi, doucement et sans violence, successivement et alternativement cinq fois la main gauche ou la main droite et extrait la totalité du placenta qui est étalé et présente une grande surface. Aucun écoulement sanguin.

Le 19 février, cette femme sort sur sa demande.

M. Pinard la revoit dix mois après, son état général est très bon.

OBSERVATION XX

*Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 8^e mois environ.
Laparotomie sept semaines après la mort de l'enfant.
Guérison.*

La nommée L..., âgée de 28 ans, est entrée à la Clinique Baudelocque le 25 octobre 1890.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants. Un frère vivant, une sœur morte de tuberculose pulmonaire il y a un an. Pas de vices de conformation dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein par sa mère pendant 18 mois. A marché à 11 mois et toujours marché depuis cet âge. Rougeole à cinq mois. Aucune maladie depuis cette époque. N'a jamais gardé le lit, sauf à l'occasion de la grossesse actuelle. Réglée pour la première fois à l'âge de 14 ans ; l'établissement de la menstruation n'a été signalé par aucun accident. Les règles ne reviennent pas à époques fixes, elles sont séparées par des intervalles variant de un mois à six semaines et deux mois. L'écoulement menstruel ne dure ordinairement que vingt-quatre heures et n'est accompagné d'aucune

douleur. Jamais la malade n'a eu d'affection des organes génitaux ni d'affection abdominale.

Cette femme est mariée depuis 10 ans; et quoiqu'elle désire avoir des enfants et que son mari soit bien portant, elle n'a jamais été enceinte avant cette année. Son mari est vigoureux, il est d'une famille de 13 enfants et ses frères et sœurs ont tous des enfants.

En résumé jusqu'au 15 janvier 1890, il n'y a dans l'histoire médicale de cette femme aucune particularité digne d'attirer l'attention.

Les dernières règles ont eu lieu le 15 janvier de cette année; depuis cette époque, cette femme n'a pas perdu de sang. Toutefois comme sa menstruation était assez irrégulière, elle ne se croyait enceinte ni en février ni en mars.

Dès les premiers jours de février, notre malade est prise de phénomènes douloureux dans le bas-ventre accompagnés de de vomissements alimentaires et de malaise général, qui la forcent à garder le lit. A ce moment-là, elle habite le Havre. Ces accidents ont duré une partie du mois de février, trois semaines nous assure la malade, et ils se sont reproduits jusqu'à ce jour à différentes reprises; il y aurait eu depuis le mois de février six crises douloureuses semblables. Ces crises douloureuses ont toutes été marquées par l'apparition de douleurs abdominales, de vomissements, de faiblesse et chaque fois la malade a été obligée de garder le repos au lit. Elle assure que les crises ont présenté des durées décroissantes, de telle façon qu'en juillet 1890, la crise n'a duré que deux ou trois jours, mais par contre les douleurs devenaient de plus en plus vives. *En somme, pendant la moitié environ de sa grossesse cette femme a été obligée de garder le repos au lit.* Jamais il n'y a eu d'écoulement de sang par les organes génitaux, la femme est très affirmative à cet égard: à aucun moment non plus elle n'aurait expulsé de caduque.

A la fin du mois de mars, cette femme se croit enceinte, mais le médecin qui la soigne ne reconnaît pas de signe certain de

grossesse. Sur ces entrefaites, elle quitte le Havre et vient habiter Saint-Denis. Au mois de mai, reprise d'accidents abdominaux, elle appelle M. le docteur Dupuis, de Saint-Denis, qui la trouve trop malade pour être transportée à l'hôpital. Dans la note qu'il m'a remise, j'elis en effet :

« Appelé le 13 mai, chez la femme L..., je la trouve couchée dans le décubitus dorsal, le facies grippé, accusant une vive douleur dans la fosse iliaque gauche ; le pouls est petit et fréquent ; il y a des vomissements porracés. L'examen du ventre est presque impossible tant la pression est douloureuse. La peau est normale mais il y a de l'empâtement et une tuméfaction diffuse dans la fosse iliaque gauche. »

Sous l'influence du traitement, l'état s'améliore peu à peu et le 19 mai la femme put être transportée à l'hôpital de St-Denis, dans le service du Dr Dupuis. Quatre ou cinq jours après son admission, tout état fébrile avait disparu, la fosse iliaque n'était plus douloureuse et pouvait être explorée facilement. M. Dupuis y constata la présence d'une tumeur assez nettement arrondie, dont la partie gauche était fluctuante et dont la partie droite moins volumineuse et dure rappelait un corps fibreux. La tumeur augmenta assez vite de volume, dit M. Dupuis, et quand elle eut atteint le niveau de l'ombilic, on entendit à son niveau un souffle isochrone au pouls et analogue au souffle utérin. Au commencement de juillet, on perçut les battements du fœtus. D'ailleurs depuis les derniers jours de juin, la femme sentait remuer. La grossesse était donc absolument certaine. Le 31 juillet cette femme, qui jouissait à ce moment d'un état assez bon, quitta l'hôpital où elle ne rentra que le 3 septembre (la femme dit le 24 septembre).

A cette date, elle fut prise de douleurs abdominales survenant à intervalles réguliers et dont quelques-unes avaient même le caractère expulsif ; comme elle se savait enceinte, on crut à l'établissement du travail et on l'admit à la Maternité de l'hôpital. Elle y resta vingt-quatre heures, mais le Dr Dupuis ne constata aucun signe de travail, le col restait long, mou,

perméable; la première phalange, qui pouvait y pénétrer facilement, n'y rencontrait aucune partie fœtale.

Les douleurs disparurent et la femme fut mise en observation dans le service de médecine.

Il s'agissait donc d'un faux travail, mais il n'y eut ni sang ni caduque expulsés. Toutefois, à partir de ce moment, les mouvements du fœtus cessèrent d'être perçus par la femme et l'auscultation ne fit plus rien entendre; l'enfant était donc mort. Le docteur Dupuis, qui en juillet soupçonnait déjà la possibilité d'une grossesse extra-utérine, crut être autorisé à poser le diagnostic. En septembre et octobre, rien de particulier; fièvre légère le soir, survenant très irrégulièrement d'ailleurs. La femme quitta l'hôpital de St-Denis le 23 octobre et est adressée par M. Dupuis à M. le professeur Pinard.

État actuel, le 9 novembre 1890. — Femme de taille moyenne de bonne constitution, jouissant actuellement d'une excellente santé; l'appétit est bon, les digestions sont normales. Constipation. Miction normale. Cœur et poumons sains. Le squelette a été légèrement touché par le rachitisme (incurvation des fémurs, sternum à face antérieure convexe, quelques nodosités costales; atrophie cupuliforme des incisives inférieures). Seul, l'examen de l'abdomen et des organes génitaux fournit donc des renseignements importants.

Le ventre est développé comme à huit mois de grossesse environ. La peau mince est sillonnée de nombreuses vergetures et parcourue par des veines sous-cutanées très-apparentes; elle est peu résistante, aussi quand la femme s'assied sur son lit, le ventre retombe-t-il presque au contact des cuisses.

L'abdomen, dont la plus grande saillie est au niveau de l'ombilic, est élargi transversalement par la tumeur qu'il renferme. Sa grande circonférence passant par l'ombilic est de 95 centim; la distance de son extrémité supérieure au pubis est de 35 centim. et l'ombilic en occupe exactement le milieu.

Vu de face, le ventre n'est pas régulier; on trouve en effet un sillon vertical assez apparent qui sépare une petite tumeur située à droite de la tumeur principale qui est à gauche.

Cette tumeur a une consistance générale mollassse, analogue à celle d'un utérus contenant un fœtus macéré; elle n'offre pas cette résistance que présente si souvent le kyste fœtal extra-utérin quelque temps après la mort du fœtus. Sur la ligne médiane, au-dessous et à gauche de l'ombilic, on perçoit avec une grande netteté la crépitation osseuse qui indique à ce niveau la présence de la tête du fœtus dont les os chevauchent les uns sur les autres. On ne distingue pas d'autre partie fœtale.

A droite et en bas, dans la fosse iliaque, on trouve une tumeur plus dure que le kyste fœtal, régulière, piriforme, qui remonte à quatre travers de doigt au-dessus du pubis; c'est l'utérus augmenté de volume séparé par un sillon très net de la tumeur principale.

A deux reprises différentes pendant ses examens, M. Pinard a pu *surprendre des contractions de l'utérus* qui devenait absolument ligneux pendant une à deux minutes. L'auscultation est négative, on ne trouve pas de souffle maternel. La vulve est normale, sans œdème, sans coloration violacée. Au fond du vagin, on trouve le col de l'utérus long de 2 centimètres, environ, dirigé en arrière et en bas. Il n'est pas directement appliqué contre le pubis, et on peut interposer facilement le doigt entre lui et l'arcade pelvienne antérieure. Les mouvements qu'on imprime à l'utérus situé dans la fosse iliaque droite se transmettent au col. Le col utérin est ramolli, son orifice externe qui est entr'ouvert, offre un petit tubercule sur la lèvre postérieure. Le col est porté, ainsi que le corps de l'utérus, à droite du bassin. Aussi le cul-de-sac latéral droit est-il petit en comparaison du cul-de-sac gauche.

Dans le cul-de-sac latéral gauche, on perçoit, mais profondément, une tumeur dure, irrégulière qui n'est autre chose que la partie inférieure du kyste fœtal. Elle est séparée du doigt qui pratique le toucher par une assez grande épaisseur de tissu appartenant au ligament large.

La vessie forme le plancher de la tumeur, et occupe tout le cul-de-sac latéral gauche, ce que le doigt permet de constater

quand ce réservoir est à demi distendu par l'urine, et ce que démontre l'exploration avec le cathéter. La vessie est donc libre, ce qui explique l'absence de troubles de la miction.

Ce kyste fœtal rejoint en avant et en arrière les parois du bassin et s'y trouve enclavé solidement. Les rapports du kyste avec la vessie ainsi que la profondeur à laquelle il est situé, contre-indiquent l'ouverture par le vagin. Celle-ci est encore contre-indiquée par un motif que M. Pinard fait remarquer. Le toucher démontre en effet que la partie fœtale accessible est l'épaule : si dans ces conditions, on incisait par le vagin le kyste fœtal, on arriverait sur l'épaule et il serait extrêmement difficile de faire évoluer le fœtus pour l'extraire.

La seule voie par laquelle il est possible de l'attaquer est donc la paroi abdominale. *Cathétérisme utérin qui donne une profondeur de 11 centimètres.*

Je pratique la laparotomie le 12 novembre 1890. Après avoir sectionné la paroi abdominale, j'arrive sur le kyste, adhérent en bas, libre à la partie supérieure. Avant de l'ouvrir, je le suture à toute la circonférence de la plaie, puis je l'incise et fais l'extraction par les pieds d'un fœtus pesant 3220 gr. J'incise le cordon au ras du placenta. Je lave largement le kyste au naphтол, etc. Les suites opératoires furent simples mais le placenta ne fut complètement éliminé que le 11 décembre. Le 30 janvier, lors de la sortie de la femme, on ne constatait plus trace du kyste fœtal et l'utérus était revenu sur la ligne médiane.

OBSERVATION XXI

Grossesse extra-utérine s'étant développée jusqu'à terme. — Élytrotomie pratiquée deux mois environ après la mort du fœtus. — Guérison.

M^{me} B..., âgée de trente et un ans, ne présentant dans ses antécédents héréditaires physiologiques et pathologiques rien de particulier à noter, a déjà eu deux grossesses suivies d'accouchements spontanés et à terme. A la suite du dernier accouche

ment, elle a eu une affection utérine pour laquelle elle fut soignée quelques mois en Angleterre. Puis la santé redevint bonne et la menstruation régulière.

Le 21 août 1882, M^{me} B... eut ses règles pour la dernière fois. Elle habitait alors Rueil.

Le 7 septembre, apparition pour la première fois, de douleurs dans la région hypogastrique. Ces douleurs se reproduisant les jours suivants, le docteur Launay est appelé et voici les renseignements que je dois à l'obligeance de notre confrère :

« M^{me} B... éprouve des douleurs violentes dans tout le petit bassin. Il y a un besoin constant d'aller à la garde-robe et la défécation est difficile et douloureuse. Le ventre n'est pas ballonné. Le palper ne donne aucun renseignement.

Le 13 octobre, les douleurs deviennent intolérables ; on pratique des injections de morphine. Etat satisfaisant jusqu'au 24. A ce moment, crise atroce. Exacerbation des symptômes. Même traitement suivi d'une période relativement calme. Dans le courant du mois de novembre, le toucher fait constater la présence d'une tumeur rétro-utérine.

Nouvelles crises pendant le mois de décembre.

Le mois de janvier fut relativement bon. Quelques douleurs pendant les mois de février et de mars.

A ce moment, M^{me} B... quitte Rueil pour aller habiter Colombes. »

Au mois de mai, le docteur Tachard, de Colombes, fut appelé près d'elle pour la première fois.

Voici le résumé de l'observation que le docteur Tachard a bien voulu me transmettre :

« Appelé au commencement du mois de mai près de M^{me} B..., je fus frappé de la forme irrégulière du ventre ; assez aplati au niveau du flanc gauche, il présentait, au contraire, une tuméfaction considérable à droite. Le palper me fit reconnaître nettement la présence de la tête en haut et à droite. L'examen était douloureux, je n'insistai pas. Le toucher, très douloureux également, ne fut pratiqué qu'imparfaitement et ne me permit

d'atteindre ni le col ni aucune partie fœtale. L'auscultation ne donne que des résultats négatifs. Pendant la durée de mon examen, je ne pus sentir aucun mouvement actif du fœtus, bien que M^{me} B... affirmât sentir les mouvements de son enfant, aussi bien, sinon mieux, que dans ses grossesses antérieures. Depuis le mois d'octobre, M^{me} B... était obligée de rester couchée, soit dans son lit, soit sur une chaise longue; tout mouvement lui était pénible.

Le 20 mai, je fus de nouveau appelé près de M^{me} B... que je trouvai en proie à des douleurs absolument semblables à celles du début d'un accouchement normal. Les douleurs revenaient environ toutes les dix minutes. La forme du ventre n'avait pas changé. En pratiquant le toucher, je trouvai le col tout à fait en avant et en haut, en rapport avec le bord supérieur de la symphyse. Il avait la forme et la consistance d'un col utérin non gravide.

Je soupçonnai alors l'existence d'une grossesse extra-utérine.

Les douleurs persistèrent toute la nuit. Le lendemain tout rentra dans l'ordre. Les douleurs ayant cessé et le soupçon d'une grossesse extra-utérine n'ayant fait que traverser mon esprit, je crus que M^{me} B... n'était pas encore à terme. Trois jours après les seins deviennent durs et une sécrétion laiteuse spontanée s'établit pendant quelques jours.

À partir de ce moment, l'état général devint meilleur. M^{me} B... se leva et put, sans souffrance, faire quelques promenades dans son jardin.

Le 20 juin, apparition de quelques tranchées utérines avec perte de sang peu abondante. Je l'examinai alors avec grand soin, et de mon examen il résulta que M^{me} B... avait une grossesse extra-utérine.

C'est alors que je voulus prendre l'avis du D^r Pinard. »

Je vis M^{me} B... à Colombes pour la première fois le 4 juillet. Cette dame, à mon arrivée se promenait dans son jardin.

Voici quel fut le résultat de mon examen :

État général assez bon. — Cependant, me dit-elle, j'ai considérablement maigri. Les fonctions sont régulières. Le ventre

est volumineux et on voit se dessiner à travers la paroi abdominale assez mince une grosse tumeur qui remplit la fosse iliaque gauche et l'hypogastre, arrive sur la ligne médiane au niveau de l'ombilic et s'élève jusqu'à l'hypochondre. L'on voit également au niveau de l'hypogastre et de la fosse iliaque droite une petite tumeur paraissant avoir 8 à 10 centimètres de hauteur, et semblant repoussée en avant par la grosse tumeur qui remplit la cavité abdominale ou implantée sur sa paroi antérieure.

La percussion fait percevoir une matité absolue dans toutes les régions occupées par les tumeurs.

La palpation fait éprouver deux sensations importantes :

1^o Dans l'hypochondre droit, une crépitation osseuse bien nette, absolument semblable à celle produite par le chevauchement des os d'une tête de fœtus mort depuis un certain temps ;

2^o Au niveau de la petite tumeur, une sensation de durcissement. La consistance devient ligneuse à un moment donné. Manifestement, elle est le siège d'une contraction énergique.

Pendant toute la durée de l'examen, la grosse tumeur ne présente aucune variation dans sa consistance.

L'auscultation ne donna absolument rien.

Le toucher me fit percevoir la présence d'une tumeur résistante remplissant toute l'excavation. En déprimant les parois de cette tumeur, l'on sent des parties résistantes et irrégulières. Le cul-de-sac postérieur du vagin n'existe plus. Le cul-de-sac antérieur, au contraire, est très profond, tellement profond que le doigt porté aussi haut que possible ne peut en atteindre le fond.

Portant le doigt entre la face postérieure de la symphyse et la tumeur, on arrive à droite très facilement sur le col. En abaissant avec la main la petite tumeur qui tout à l'heure s'était contractée, on abaisse un peu le col, mais pas assez pour le contourner et explorer l'état des orifices. Faisant mettre M^{me} B... sur les genoux et sur les coudes, et pratiquant le toucher, nous n'obtenons pas d'autre renseignement.

En présence de ces constatations, m'appuyant sur les renseignements fournis par M^{me} B... et le Dr Tachard, et bien que je n'eusse pu pratiquer le cathétérisme utérin, je diagnostiquai une grossesse extra-utérine, variété abdominale, avec un fœtus s'étant développé jusqu'à terme et étant mort au moment où le faux travail s'était déclaré, c'est-à-dire depuis cinq à six semaines environ.

Après avoir prévenu l'entourage, et en l'absence de toute menace d'accident, nous fûmes d'avis, le docteur Tachard et moi, de nous en tenir à l'expectation. Quelques jours plus tard, la situation changea. Des douleurs abdominales forcèrent M^{me} B... à reprendre le lit. L'appétit disparut. L'amaigrissement fit des progrès rapides. La défécation et la miction devinrent difficiles, pénibles. Je priai alors mon excellent maître M. Tarnier de vouloir bien s'adjoindre à nous et de venir voir M^{me} B..., ce qu'il fit le 15 juillet. Après avoir pratiqué le palper, l'auscultation, le toucher vaginal et rectal, M. Tarnier confirma de tous points le diagnostic en nous engageant cependant à faire tout notre possible pour pratiquer le cathétérisme utérin. Quand au traitement, il fut convenu que si les accidents persistaient et s'aggravaient encore, il faudrait procéder à une opération.

Je dois signaler ici un fait important que je n'ai vu mentionner dans aucune des nombreuses observations de grossesse extra-utérine que j'ai pu lire. Entre ma première visite et ma seconde, c'est à-dire du 4 au 15 juillet, le kyste fœtal avait considérablement augmenté de volume. Les parois étaient plus tendues. Il y avait manifestement une accumulation progressive du liquide.

Le 18 juillet, je tentai de pratiquer le cathétérisme utérin. En raison de l'attitude du col et de la difficulté que j'éprouvai à passer un doigt entre le kyste fœtal et la face postérieure de la symphyse, je ne pus y réussir. Le cathétérisme vésical, quoique difficile, put être pratiqué et démontra que la vessie avait subi le même déplacement que l'utérus et était inclinée à droite. Depuis deux jours, l'urine s'écoulait continuellement et goutte à goutte. L'état général était de plus en plus mauvais. La face

était grippée. Il y avait des sueurs profuses. Le poulx était à 120. La tension du kyste devenait de plus en plus considérable. Nous crûmes trouver dans tous ces symptômes et dans la crainte d'une rupture intra-abdominale du kyste fœtal l'indication d'une intervention. L'opération fut résolue.

M. Tarnier voulut m'en laisser les bénéfices tout en me prodiguant ses conseils, et en me faisant l'honneur de m'assister.

Le 21 juillet, à quatre heures, en présence et avec l'aide de MM. Tarnier, Tachard, Guérin, Champetier de Ribes, Bois-sard, M^{me} B... ayant été chloroformée, je pratiquai, d'après les conseils de M. Tarnier, l'élytrotomie. Une première incision vaginale étant faite en un point où je n'avais pas perçu de pulsation, il s'écoula une assez grande quantité de liquide séro-sanguinolent n'ayant aucune odeur. J'introduisis alors le doigt dans cette ouverture et j'appréciai, avant d'arriver dans le kyste, l'épaisseur peu considérable de la paroi vaginale et l'épaisseur bien plus marquée de la paroi kystique, puis j'arrivai sur les pieds du fœtus. J'agrandis alors l'orifice que je venais d'ouvrir, en pratiquant de petites incisions dirigées dans tous les sens à l'aide d'un bistouri courbe et boutonné. Puis j'opérai la dilatation à l'aide des doigts introduits en cône. Ce fut le temps le plus long de l'opération, mais j'ajoute que cette lenteur fut voulue.

Bientôt ma main entière put pénétrer. Je saisis un pied et l'amenai à la vulve et, à l'aide de tractions lentes et soutenues, j'engageai le siège et le tronc, je dégageai successivement les deux bras, puis enfin la tête. Je n'eus pas plus de difficulté que dans un accouchement par le siège chez une primipare.

L'enfant macéré était volumineux. Malheureusement il ne fut pas pesé. Il s'était certainement développé jusqu'à terme.

Le cordon étant coupé, je réintroduisis ma main dans le kyste et trouvai le placenta adhérent sur la face postéro-supérieure du kyste : je priai M. Tarnier de faire la même constatation, Il trouva, comme moi, le placenta trop adhérent pour essayer de l'enlever. Le kyste fut complètement irrigué avec une solution

de sublimé à 2 p. 1000. Le cordon fut coupé au niveau de la vulve. Des tampons de ouate phéniquée furent appliqués sur la vulve, un bandage compressif fut posé sur le ventre et des injections furent faites dans le kyste toutes les deux heures, nuit et jour, avec de la solution au sublimé. Il n'y eut pas trace d'hémorrhagie.

Le placenta se détacha le 8 août ; il fut expulsé en deux parties, l'une le 8 et l'autre le 9 août. La température oscilla entre 37°5 et 38°5 et atteignit un seul jour 39°, la veille du décollement placentaire.

Un mois après l'opération, M^{me} B... se levait, la guérison était complète. Quatre mois après, il ne restait plus aucune trace du kyste fœtal dans l'abdomen. L'utérus a repris sa place et ses fonctions ; une cicatrice vaginale d'aspect rougeâtre, siégeant au cul-de-sac postérieur, est le seul vestige de cette grossesse.

OBSERVATION XXII

Observation publiée dans le mémoire de M. Wallich.

Revue d'Obst. et de Pæd., septembre 1895.

La nommée J. M..., âgée de 28 ans et demi, entra à la clinique Baudelocque le 18 septembre 1894.

Cette femme a marché à deux ans. Elle a eu une fièvre typhoïde à 9 ans. Réglée à 11 ans et demi, sa menstruation s'est produite régulièrement tous les vingt-cinq jours, durant cinq à six jours. Pas de pertes blanches.

Elle n'a jamais eu de grossesse. Elle a ses règles pour la dernière fois du 3 au 8 juillet 1893.

À la fin d'août apparaissent des *douleurs abdominales et lombaires, qui l'obligent à garder le lit pendant trois mois.*

Défécation douloureuse, accompagnée de sueurs froides, de tendance syncopale, et quelquefois de perte complète de connaissance.

Dans le courant de novembre, quelques vomissements. Pendant

toute cette période, *mictions douloureuses*. Le ventre grossit mais le développement est très lent, de telle sorte que la malade ne s'en aperçoit que dans le courant de novembre : jusque-là, la grossesse n'avait pas été diagnostiquée ; ce n'est qu'à la fin de novembre, lorsque la femme perçoit les mouvements actifs, que le diagnostic est fait.

A partir de janvier, les douleurs disparaissent, et à la fin de mars la femme se porte bien ; il existe seulement de la constipation.

L'enfant continue à remuer jusqu'au 5 avril (c'est le terme de la grossesse, les dernières règles ayant eu lieu en juillet).

A ce moment, aucun changement dans l'état de la malade : pas de faux travail, pas de montée laiteuse. Aucune douleur.

Les *règles reviennent* le 25 mai, le 27 juin, le 27 juillet, le 23 août, le 18 septembre.

Le 13 août cette femme entre dans un service d'accouchement, où elle reste quinze jours ; on constate la présence d'albumine dans les urines, on reconnaît que le fœtus est mort, et on lui dit quelle peut quitter le service pour revenir quand elle aura des douleurs.

C'est peu de jours après sa sortie qu'elle vient me consulter, me disant qu'elle était enceinte de quatre mois. Je portai, après examen, et après avoir entendu son histoire, le diagnostic de grossesse extra utérine et je lui conseillai d'entrer à la clinique Baudelocque.

Localement, voici les constatations consignées dans son observation :

On constate dans l'abdomen une tumeur surtout développée à droite, et remontant à 32 centim. au-dessus de la symphyse pubienne. Elle s'étend à droite à 22 centim. de la ligne médiane, et à 11 centim. du côté gauche. Cette tumeur est dure, facile à délimiter par le palper, et non mobile. Nulle part on ne sent de frottement péritonéal, ni de crépitation osseuse. *Les parties fœtales ne sont pas perçues*, pas de ballotement.

Au toucher on trouve le col au centre du bassin, mou, non

perméable ; par le toucher et le palper combinés, on sent derrière le pubis le col de l'utérus en antéflexion, petit, ne dépassant guère le bord supérieur du pubis que de deux travers de doigt ; la tumeur est inaccessible par le toucher.

L'opération par incision abdominale du kyste est faite le 10 octobre par le docteur Varnier, qui extrait une fille pesant 2.530 grammes en état de macération et ayant 44 centim. de long.

Les suites opératoires furent parfaites, et la femme quitta le service le 12 janvier 1895.

OBSERVATION XXIII

Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'à terme. — Laparotomie pratiquée deux mois et demi environ après la mort du fœtus. — Guérison.

La nommée D..., âgée de 23 ans, entre dans mon service pour y accoucher le 15 décembre 1888. Cette femme présente les antécédents suivants : Première grossesse il y a six ans, suivie d'un accouchement à terme et spontané. Depuis cette époque, bonne santé générale. Dernières règles au commencement du mois de mars 1888. Cette grossesse évolue d'une façon à peu près normale.

Sauf des douleurs lombaires qui obligèrent cette femme à rester étendue pendant environ six semaines, rien de particulier n'attira l'attention.

Au commencement d'octobre, elle alla consulter à la Maternité où on lui dit, après examen, qu'elle était enceinte de six mois 1/2 environ et que son enfant était vivant. Elle rentra chez elle et reprit ses occupations. Bien que continuant à travailler, son état général devint mauvais en même temps que devinrent plus intenses ses douleurs abdominales et lombaires.

Eprouvant des douleurs plus vives le 15 décembre, perdant un peu de sang et pensant être à terme, elle vint à la Maternité de Lariboisière, se croyant en travail.

A son arrivée dans la nuit, on constata l'absence de pulsations fœtales et de toutes modifications du col, et on me la présenta le lendemain matin comme une femme ayant un enfant mort et qui n'était pas en travail.

L'examinant alors, je constatai que son ventre était développé régulièrement comme chez une femme à terme, et que la paroi abdominale était tendue et résistante. Malgré cette tension, je pus par le palper percevoir le pôle fœtal supérieur dans le flanc gauche, et sentir nettement la crépitation produite par le chevauchement des os crâniens les uns sur les autres. L'auscultation ne me fit entendre ni pulsation fœtale ni souffle maternel.

Le toucher me fit reconnaître que le col était dur et l'orifice externe à peine entr'ouvert. Je perçus immédiatement, au-dessus et à droite, une petite tumeur de la grosseur d'un gros œuf que je crus être une partie fœtale. En raison de ces constatations, je fis tout d'abord le diagnostic de rétention prolongée du fœtus mort dans la cavité utérine, tout en faisant remarquer à mes élèves combien il était insolite de constater, avec une macération aussi prononcée, une tension aussi considérable de la paroi utérine : fait, leur disais-je, qui ne se rencontre que dans les cas de kyste fœtal.

L'examen de chaque jour et les symptômes observés consécutivement, en particulier l'immobilité de la tumeur abdominale, firent pénétrer de plus en plus dans mon esprit l'idée de l'existence d'une grossesse extra-utérine.

L'écoulement sanguin dura plusieurs jours puis disparut. Les douleurs étaient peu accusées.

Du 25 décembre au 11 janvier la tension parut moindre et la circonférence abdominale diminua de 9 centimètres.

L'état général devenait de plus en plus mauvais.

Le 16 janvier, cette femme rendit des urines sanguinolentes en même temps qu'en tous les points du corps où s'exerçait la moindre pression apparurent de larges plaques ecchymotiques.

Sous l'influence des inhalations d'oxygène les urines redevinrent normales et le purpura disparut. La température revint à la normale, mais le pouls resta accéléré, 130 en moyenne. Mais à partir du 23 janvier, le volume du ventre augmenta, la circonférence abdominale maxima mesurait 10 centimètres de plus que le 16 janvier.

Le col n'offrait toujours aucune modification, mais l'écoulement sanguin reparut.

En présence de ces symptômes, et avant d'essayer de pratiquer le cathétérisme utérin digital, je priai M. Tarnier de venir examiner cette femme. Après un examen minutieux pratiqué le 3 février, mon Maître émit la même opinion que moi et me conseilla, pour affirmer notre diagnostic, de pratiquer le cathétérisme utérin digital.

Deux jours après j'essayai, mais en vain, de faire pénétrer le doigt dans l'utérus. J'introduisis dans le col un cône d'éponge préparée et antiseptique, et le lendemain je renouvelai mes tentatives, mais je ne fus pas plus heureux. La cavité cervicale était bien dilatée, mais le doigt rencontrait un obstacle au niveau de l'orifice interne. Le corps de l'utérus était absolument fléchi sur le col. Avec une sonde molle je pus pénétrer à une profondeur de 8 à 9 centimètres et cela à plusieurs reprises. Le diagnostic s'affirmait donc.

Mais l'état général devenait inquiétant. Le 8 février, la température qui depuis quelques jours oscillait entre 38° et 38° 6, monta brusquement à 40°. En présence de ces symptômes, je ne crus pas devoir attendre plus longtemps, et je pratiquai l'opération le lendemain 9 février, à 8 heures du matin.

Sachant que la vessie et l'utérus tapissaient la face inférieure du kyste, je résolus de pratiquer la laparotomie.

J'incisai la paroi abdominale dans une étendue de 16 centim.; je découvris le kyste et suturai les parois aux lèvres de la plaie abdominale, à l'aide de 19 points de fils de soie.

J'incisai la paroi du kyste. Le placenta était inséré à ce niveau et mesurait 8 centim. Il s'écoula environ un litre de liquide couleur chocolat.

J'introduisis alors la main droite, j'allai chercher un pied et fis l'extraction d'un fœtus très macéré, mais entier, pesant 2300 gr. et mesurant 48 centim.

Je lavai la poche avec la solution du naphtol; je sectionnai le cordon à son insertion placentaire, je suturai la partie supérieure de la plaie abominale, je plaçai deux gros drains à la partie inférieure et achevai le pansement. Chaque jour on pratiqua deux lavages au naphtol. La température baissa progressivement les jours suivants, et le 6^e jour, c'est-à-dire le 15 février, elle était à 37°2 le matin, et à 37°4 le soir.

Elle remonta le soir du 19 février à 39°, mais ce jour-là le placenta fut éliminé en grande partie.

CHAPITRE III

Signes et symptômes de la grossesse extra-utérine avec enfant vivant

Nous étudierons dans ce chapitre les faits qui indiquent la présence d'un produit de conception vivant, et nous n'entrerons pas dans les détails généraux afin d'éviter les répétitions des symptômes que nous avons déjà décrits; aussi, rien que les particularités spéciales y seront notées.

Comme *troubles fonctionnels*, il y a la douleur, les pertes de sang et l'expulsion de la caduque.

Douleurs, pertes de sang, expulsion de la caduque.— Les douleurs à partir du cinquième ou sixième mois s'amendent considérablement et ne se présentent pas sous cet aspect de crise, elles peuvent presque cesser ou revêtir une forme plus ou moins discrète, apparaissant de temps à autre. C'est généralement sous cet aspect qu'elles se manifestent. Quant aux pertes de sang nous avons remarqué qu'à partir du cinquième ou sixième

mois, elles se font rares et ne présentent pas cette même tenacité et peuvent même faire presque complètement défaut.

Mais ce qui caractérise le plus la réaction vitale de l'utérus, c'est la production de la caduque qui peut être expulsée soit dans les premiers mois, soit près du terme au moment du faux travail, quelquefois même elle fait complètement défaut. M. Pinard s'exprime ainsi à ce sujet dans la *Semaine Médicale*, janvier 1894.

« Pendant toute grossesse ectopique quelle que soit la variété, l'utérus est hypertrophié ; or, la muqueuse utérine, qui a participé elle aussi à l'hypertrophie totale, peut être expulsée pendant le cours de la grossesse. Je dis pendant, ce qui signifie, que le fœtus peut continuer à se développer après l'expulsion de la caduque.

On a beaucoup discuté sur le fait de cette expulsion, mais si l'on s'accorde aujourd'hui sur sa réalité, on discute, ou plutôt on discutait encore récemment sur sa signification au point de vue de la marche de la grossesse. Or, de mes observations qui aujourd'hui dépassent le chiffre de cinquante, il résulte que l'expulsion de la caduque peut, dans certains cas, n'être constatée à aucun moment de la grossesse et faire totalement défaut ; que lorsqu'elle se produit, cette expulsion peut être observée soit dans les premiers mois, soit à la fin de la grossesse, au moment dit du faux travail. Lorsque l'expulsion se produit au début de la grossesse, elle est précédée d'une perte sanguine et coïncide probablement avec la rupture primitive du kyste fœtal. Mais ce qu'il y a de certain, c'est qu'après l'expulsion de la caduque, l'œuf peut continuer à se développer. »

Le diagnostic d'avortement fut fait maintes fois pendant les premiers mois et dans une observation suggestive à cet égard, qu'on lira plus loin, on remarquera que la peau épaisse expulsée dans les premiers mois par la femme et mesurant, selon ses affirmations, 10 centimètres environ, ne l'a pas empêchée d'avoir un enfant vivant, extrait de la cavité abdominale, près du terme, par M. Segond. Ainsi que nous le disions au début de ce travail, la plupart des fois qu'il a été permis de constater cette caduque, l'évolution de la grossesse ectopique a évolué et l'on a pu observer, dans la suite, des signes certains de la présence d'un enfant vivant.

L'examen histologique s'il peut être fait montrera que la membrane expulsée est la muqueuse utérine hypertrophiée et ayant subi les modifications de la grossesse. Lorsque cette expulsion a lieu vers la fin de la grossesse au moment du faux travail, M. Pinard (*loc. cit.*), attire l'attention pour éviter une autre erreur de diagnostic. « Comme au début de la grossesse cette expulsion est précédée et accompagnée d'une perte sanguine, plus ou moins considérable, qui fait penser à une hémorrhagie causée par une insertion vicieuse du placenta, l'expulsion de la caduque fait croire à l'expulsion de portions de cotylédons placentaires. »

Ainsi donc, nous concluerons avec M. Pinard :

1° Que l'expulsion de la caduque peut faire complètement défaut pendant toute la durée de la grossesse ectopique.

2° Que lorsque cette expulsion a lieu elle se produit tantôt dans les premiers mois, tantôt à la fin de la grossesse.

3° Que l'œuf peut continuer à se développer après l'expulsion de la caduque et, dans un exemple, l'enfant a été extrait vivant après cette expulsion qui eut lieu dans les premiers mois.

Signes physiques. — Les signes physiques que l'on observe lorsque l'enfant est vivant ne diffèrent pas sensiblement de ce que l'on observe dans la grossesse normale.

Mouvements du fœtus. — Les mouvements du fœtus ont toujours été observés quand il est vivant et peut-être comme il a été noté dans une des observations, la mère sentait son enfant remuer beaucoup mieux que dans les grossesses antérieures. Nous mentionnons simplement le fait car on ne peut en tirer aucune conclusion.

Inspection et palper. — L'inspection du ventre ne diffère pas de ce que nous avons déjà dit. Sa plus grande longueur transversale que dans la grossesse ordinaire frappe l'œil d'un accoucheur exercé; pour les autres sensations que l'on perçoit, on doit se reporter au paragraphe précédent; nous noterons ici quelques particularités spéciales lorsque l'enfant est vivant. L'utérus est toujours plus développé quand l'enfant est vivant et le cathétérisme utérin pratiqué chez une femme à ce moment montra 14 cent. $1/2$ de longueur pour la cavité utérine. Puis la contractilité de l'utérus est souvent très manifeste, et voici, d'ailleurs, ce que M. Pinard dit dans les *Annales de gynécologie*, août 1895, en commentant la première observation d'enfant vivant. « L'une grosse, à parois constamment tendues (le kyste), comme

dans le cas de grossesse utérine avec hydropisie de l'amnios ou de kyste de l'ovaire, mais qu'au lieu de se présenter comme dans ces cas, se montre immobile dans ces parties profondes; l'autre petite et présentant, dès le moindre contact, des alternatives de durcissement et de ramollissement. Je n'ai jamais, pour ma part, dans plus de quatre-vingt observations de grossesse extra-utérine que j'ai pu étudier, rencontré des contractions aussi fréquentes et aussi facilement mises en jeu. Je me permets donc d'attirer l'attention des accoucheurs sur ces deux points qui constituent, selon moi, deux éléments extrêmement importants du diagnostic : tumeur contenant un fœtus fixée dans la cavité abdominale accompagnée d'une autre petite tumeur se contractant. » Enfin, selon M. Pinard, on peut, en explorant avec la main la paroi abdominale, sentir un frémissement caractéristique analogue à celui que l'on perçoit quelquefois au niveau de la région iliaque dans le cas de grossesse utérine, mais ici plus accentuée et plus étendue. Puis, le même auteur ajoute : « Au niveau, du reste, l'auscultation fait entendre un bruit de souffle avec renforcement. Ce frémissement, qui est persistant pendant la vie du fœtus, disparaît d'après ce que j'ai pu observer vers la fin du mois qui suit la mort. Il me paraît produit par le développement du placenta sur la paroi extérieure du kyste fœtal. »

Auscultation. — L'auscultation n'est pas d'un très grand secours, car elle n'apprend rien sur la nature de la grossesse ou on aura la notion de l'existence de la grossesse et de celle d'un enfant vivant. De même pour

le souffle maternel que l'on peut entendre aussi bien dans la grossesse ectopique que dans la grossesse normale et le même auteur dit : « Seule la perception du souffle continu avec renforcement pourra mettre sur la voie du diagnostic », mais le fait n'est pas constant et, en outre, il faut une oreille exercée et familiarisée avec ces divers bruits. Les bruits du cœur fœtal sont également perçus d'une façon très nette.

Toucher. — Le toucher, quand l'enfant est vivant, permet de constater un point intéressant : c'est le ramollissement du col au point de croire à une grossesse ordinaire et la perméabilité du canal cervical permet de faire plus facilement le cathétérisme digital. Le palper combiné au toucher fait percevoir un utérus sensiblement augmenté de volume et se contractant sous la main. L'utérus et le col présentent, comme toujours, les déviations que nous avons mentionnées plus haut. Nous avons fait mention du cathétérisme utérin digital. Nous ne revenons pas là-dessus.

Tels sont les signes quand l'enfant est vivant; mais nous ne saurions trop recommander de se reporter toujours aux phénomènes qui se passent dans la première période qui montrent que la grossesse débute d'une façon anormale et, en reconstituant les faits, on peut arriver à faire ce diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XXIV (professeur A. PINARD).

Grossesse extra-utérine, diagnostiquée au sixième mois, opérée à une époque rapprochée du terme ; — Extraction d'un enfant vivant ; suites heureuses pour la mère et pour l'enfant

Le 26 février 1895, entrant dans mon service, à la clinique Baudelocque, la femme Philomène Nicolet, qui m'était adressée par mon collègue et ami le professeur Berger.

Cette femme, âgée de 36 ans, nous raconte ce qui suit : elle nous affirma n'avoir jamais été malade. Régliée à quatorze ans, les règles parurent régulièrement depuis cette époque, tous les mois, jusqu'au mois de juillet 1894 ; mais, elle ne peut préciser exactement la date.

Dès le mois d'août, nausées et vomissements, et du 22 au 23 elle perd un liquide à peine rosé. Elle continue son métier de blanchisseuse. Mêmes symptômes pendant le mois de septembre : du 22 au 23 septembre, même perte qu'au mois d'août.

Au mois d'octobre, douleurs abdominales qui l'obligent à s'aliter pendant deux jours ; puis, reprise du travail et de la vie habituelle. Pendant le mois de novembre, les douleurs reparaissent en même temps que la miction et la défécation deviennent douloureuses. Elle ne peut bientôt plus se tenir debout, prend le lit et fait appeler pour la première fois un médecin. Ce premier confrère diagnostiqua une grossesse avec menace de fausse couche et prescrivit le repos au lit. Les douleurs persistant et la fausse couche ne se faisant pas, un deuxième médecin fut appelé qui diagnostiqua fibrome utérin et non grossesse. Et dans le but de faire revenir les règles, il ordonna de prendre matin et soir un

cachet contenant vingt centigrammes de poudre de sabine, 75 de ces cachets, c'est-à-dire 15 grammes de sabine furent pris (j'ai eu entre les mains les ordonnances), sans produire le moindre incident. Au mois de février, les douleurs devenant moins vives, elle put quitter le lit et alla, alors, consulter dans un service d'accouchements où on lui dit qu'elle était enceinte et qu'elle avait en plus une tumeur.

Quelques jours après, elle éprouvait des douleurs au niveau du membre inférieur gauche qui augmentait de volume et cela d'autant plus qu'elle restait debout plus longtemps.

C'est pour cette raison qu'elle alla consulter le professeur Berger, qui, après l'avoir examinée, pensa à une grossesse extra-utérine et voulut bien me l'adresser.

EXAMEN A SON ENTRÉE. — État général mauvais, facies grippé. Cuisse et jambe gauches œdématisées et douloureuses. A la vue, le ventre est développé comme chez une femme enceinte de six mois environ. La paroi abdominale est tendue, lisse et dépourvue de toute trace de vergeture.

Au *palper*, on constate la présence d'une tumeur médiane dépassant l'ombilic de deux travers de doigts. Cette tumeur à parois kystiques constamment tendues ne peut être déplacée. Elle paraît fixée et immobilisée par des adhérences dans la profondeur. Ce n'est qu'avec difficulté qu'on perçoit, en déprimant fortement la paroi, la sensation des parties fœtales. Mais, à gauche et en bas de l'ombilic, on entend avec facilité les bruits du cœur. A droite, en dehors et à côté de la grosse tumeur on en sent une petite, de la grosseur d'une mandarine qui présente, pendant l'examen, des alternatives de durcissement et de ramollissement. Quand elle durcit, on peut non seulement la sentir et constater le sillon qui les sépare de la grosse tumeur, mais encore, on peut aussi la voir formant un relief dans la fosse iliaque droite.

En pratiquant le toucher de la main gauche, on trouve l'excavation remplie par la partie inférieure de la grosse tumeur, et en déprimant le point le plus déclive avec la pulpe de l'index

on perçoit le ballotement céphalique. Le col est légèrement dévié en avant et à droite ; il est ramolli comme dans la grossesse utérine. Pratiqué de la main droite, le toucher combiné avec le palper fait reconnaître que le col et la petite tumeur sont en continuité.

En présence de ces renseignements et de ces constatations, je porte le diagnostic de grossesse extra-utérine de six mois et demi environ avec enfant vivant. Mais, je fais remarquer à mes élèves qu'il nous manque un élément de diagnostic extrêmement important, à savoir : la certitude de la vacuité de l'utérus, que seul peut nous donner le cathétérisme intra-utérin. Et si je ne le pratique pas immédiatement, c'est que les autres symptômes sont assez nets pour ne pas me faire hésiter dans le choix de l'étiquette, et surtout, parce que je ne veux produire en ce moment, ni traumatisme, ni réflexe qui pourraient avoir dans l'espèce des conséquences fâcheuses.

Dans ces conditions, je résolus d'attendre, pour intervenir, l'époque où la viabilité du fœtus me paraîtrait parfaitement établie, et je pris toutes les mesures qui, à mon avis, me permettraient d'atteindre ce moment sans encombre. J'ordonnai le repos au lit, avec immobilité absolue. La régularité des fonctions fut assurée. Le membre inférieur gauche fut placé dans une gouttière : les battements du cœur observés quotidiennement. — Le 8 mars, l'œdème de la jambe gauche ayant disparu, la gouttière fut enlevée. — État général excellent. — Le fond du kyste fœtal s'élève à 26 centimètres au-dessus du bord supérieur de la symphyse. Le fond de la petite tumeur, c'est-à-dire de l'utérus, s'élève à 9 centimètres et demi.

Cette grossesse ectopique évolue ainsi, sans aucun incident jusqu'à la fin du mois d'avril. Le kyste fœtal se développa, offrant toujours les mêmes caractères, c'est-à-dire, immobilité et tension très accusée et constante de ces parois, de telle façon, que le 30 avril, le fond s'élevait à 35 centimètres au-dessus de la symphyse. L'utérus s'élevait à 11 centimètres et demi. Le col était aussi ramolli que chez une femme primipare à terme.

Les battements du cœur étaient normaux. A aucun moment, l'auscultation pratiquée chaque jour n'avait permis d'entendre le souffle maternel. De temps en temps, seulement on put percevoir à gauche et en bas un bruit de pialement, mais extrêmement fugace.

Le même jour, 30 avril, je fis une nouvelle leçon sur ce cas intéressant et je prévins les élèves que j'interviendrais le jeudi 2 mai. La viabilité du fœtus me paraissait acquise et le développement suffisait. Je pratiquai l'opération, le 2 mai, avec l'assistance de mon collègue et collaborateur et ami Segond et en présence de mon collègue P. Berger et de tous mes élèves.

Opération. — Chloroforme à 11 heures. — Cathétérisme de la vessie. Cathétérisme de l'utérus, avec le doigt d'abord. Le col est trouvé aussi mou que chez une femme à terme : il est facilement perméable, mais, aussi haut que le doigt peut atteindre, il ne perçoit rien au-devant de lui. Le cathétérisme de l'utérus est alors pratiqué avec une grosse sonde en gomme qui pénètre jusqu'au fond de l'organe. Du col au fond, l'étendue est de 14 centimètres et demi.

J'incise la paroi abdominale sur la ligne médiane. Les parois du kyste apparaissent, et on voit leur minceur extrême qui supporte de nombreux vaisseaux énormes : les uns dépassent le volume du petit doigt. Au moment où je pince la paroi, un de ces vaisseaux se rompt. Une pince qu'on cherche à appliquer sur le vaisseau ne fait que rendre l'hémorrhagie plus considérable, tellement la minceur et la fragilité des parois est accusée. Le kyste est alors rapidement incisé. Un pied est saisi au fond du kyste et le fœtus extrait. La compression est faite au pourtour des parois du kyste à l'aide des mains d'abord, puis à l'aide de pinces à forcipressure et à ligaments.

On procède immédiatement à la suture des parois du kyste aux lèvres de la plaie abdominale en comprenant dans la suture le bord du placenta qui affleure à droite et à gauche.

Quand ces nombreuses sutures sont faites, on voit alors une ouverture de 10 centimètres de diamètre dont le fond est tapissé

entièrement par le placenta. Cette cavité est remplie de gaze iodoformée et salolée. Bandage de corps. Opération terminée à midi.

Pendant les suites de couches, la température n'a pas dépassé 38 degrés. Le lendemain, la mère allaitait son enfant.

Le 13 mai, premier pansement. On se contente de laver la cavité avec la solution de biiodure à 1 p. 4000. On renouvelle la gaze salolée. On fait ensuite le même pansement tous les trois jours.

Le 25 mai, une portion considérable du placenta s'est détachée spontanément et fait saillie on l'enlève. Elle pèse 150 grammes.

Le 30 mai, on retire 70 grammes de placenta; le 2 juin 35 grammes; le 5 juin, l'irrigation fait sortir le reste, 175 grammes. Depuis ce moment, lavage quotidien de la cavité avec la solution biiodurée. La femme se lève le quarante-troisième jour.

Aujourd'hui, ainsi qu'on peut le constater, la cavité a disparu. Les parois du kyste sont résorbées; l'utérus a repris sa place normale et l'état général est parfait.

L'enfant (garçon), dont l'extraction avait été aussi rapide que facile, présentait cependant des troubles de la respiration pendant quelques minutes. Il était plus qu'étonné. Les inspirations étaient rares et spasmodiques, mais on ne fut pas obligé de pratiquer l'insufflation. Un quart d'heure après son extraction, la circulation et la respiration étaient normales.

Voici son poids et ses principales dimensions :

1 ^o Poids	2.730 grammes.
2 ^o Longueur totale.....	47 centimètres.
3 ^e Diamètre de la tête :	
O.M.....	124 millimètres.
O.F.....	112 —
S.O.B.....	114 —
S.O.F.....	104 —
Bi-P.....	94 —
Bi-T.....	8 centimètres.
S.M.B.....	10 —

Cet enfant présente une légère asymétrie de la face, et une dépression assez accusée au niveau du maxillaire gauche, dépression produite par le moignon de l'épaule, la tête ayant été pendant la vie intra-kystique inclinée et pressée sur l'épaule gauche par les parois du kyste.

Cette asymétrie et cette dépression ont complètement disparu aujourd'hui, ainsi qu'on peut le voir en examinant l'enfant. Nourri en partie par sa mère, en partie à l'aide du lait stérilisé, il a présenté un accroissement normal.

OBSERVATION XXV

(Communiquée à l'Académie de Médecine)

Grossesse extra-utérine (enfant vivant). — Laparotomie par M. Segond. — Extériorisation du kyste. — Placenta laissé adhérent (suites heureuses pour la mère et l'enfant).

Henriette Petit, 37 ans, entrée le 7 novembre 1898.

Antécédents héréditaires. — Nuls. Réglée à 13 ans, toujours régulièrement. Rougeole dans l'enfance, variole à 30 ans. Actuellement légère gastrite pour laquelle cette femme se soigne depuis cinq ans. Tempérament nerveux, a eu à plusieurs reprises des crises de nerfs mais sans perte de connaissance.

Grossesses. — Première, février 1880, chez elle, à terme, spontané, sommet, fille élevée au sein maternel pendant quinze mois, bien portante. Règles pendant l'allaitement.

Deuxième, novembre 1881, chez elle, à terme, spontané, sommet. Mort à 13 mois de croup. Règles pendant l'allaitement.

Troisième, novembre 1883, chez elle, à terme, spontané, sommet, fille élevée au sein maternel pendant dix mois, bien portante. Règles pendant l'allaitement.

Quatrième, novembre 1885, chez elle, à terme, spontané, sommet, garçon élevé au biberon par une nourrice mercenaire loin de la mère, mort à 7 mois de méningite.

Cinquième, février 1887, chez elle, à terme, spontané, sommet, fille élevée au biberon pendant dix-huit mois par la même

nourrice loin de la mère. Morte à 5 ans, d'une bronchite. Retour de couches six semaines après.

Sixième, juin 1888, chez elle, à terme, spontané, sommet, garçon élevé au biberon par la même nourrice loin de la mère. Mort à 15 jours, d'une entérite. Retour de couches au bout de six semaines.

Septième, août 1889, chez elle, à terme, spontané, sommet, fille élevée au biberon par la même nourrice loin de la mère, bien portante.

Huitième janvier 1892, chez elle, à terme, spontané, sommet fille élevée au biberon par la même nourrice, loin de la mère morte à 14 jours de ?

Dernières règles du 3 au 5 avril moins abondantes et plus pâles que d'habitude.

Durant les mois de mai et de juin elle ressentit à plusieurs reprises des douleurs assez fortes dans le côté gauche du ventre, les douleurs étaient accompagnées d'une sensation extrême de faiblesse ; à ces moments, il lui semblait « qu'elle s'en allait ». Vers le 25 juin 1898, elle est prise dans tout le ventre de douleurs extrêmement violentes par accès et suivies de vomissements et d'étourdissement qui l'obligent à l'aliter. Le médecin de la famille appelé ne peut faire l'examen local tant sont douloureuses les régions abdominales et lombaires, il croit tout d'abord à une inflammation d'intestin qu'il soigne pendant trois semaines environ par des lavements de pavots, des préparations chloroformées et bromurées, et des applications fréquentes de cataplasmes sur tout le ventre 3 jours plus tard.

Après le début de ces accidents *cette femme expulse avec quelques gouttes de sang un lambeau de 10 centimètres environ.*

Elle n'a pas éprouvé de difficulté pour la miction, mais constipation opiniâtre ; aucun écoulement sanguin depuis cette perte. Après trois semaines les douleurs s'étant calmées et la malade ne ressentant plus qu'un point au niveau de la fosse iliaque gauche, l'examen local peut être pratiqué et le médecin conclut alors à un abcès dans le cul-de-sac postérieur.

Le diagnostic est confirmé par M. Richelot qui a été voir la malade chez elle le 27 juillet ; partant le lendemain en vacances il fait transporter la malade à l'hôpital Saint-Louis dans le service de M. Nélaton. Ce dernier ne croit pas à un abcès mais à une grossesse extra-utérine ; il maintient son diagnostic malgré l'avis opposé de plusieurs médecins dont les uns concluent à la possibilité d'une grossesse normale et les autres à un abcès dans le cul-de-sac postérieur. La malade reste 11 jours dans le service de M. Nélaton ; mais voyant toutes ces divergences d'opinion, elle refuse de se laisser opérer et retourne chez elle. Elle ne ressent plus que quelques douleurs lombaires, elles s'accroissent dès que la malade se fatigue un peu, aussi est-elle obligée de garder souvent le lit.

Au milieu de septembre elle perçoit les mouvements actifs de son enfant. Rien de particulier jusqu'au 20 octobre, époque où désirant être fixée sur la nature de sa maladie, elle va consulter M. Reguier qui, sur sa demande l'examina aux rayons X. Cet examen permet de constater la présence d'un fœtus, mais ne permet pas d'en déterminer la situation exacte. C'est alors que M. Reguier envoie cette femme à Baudelocque.

Le 9 novembre, M. Pinard examine la femme sous le chloroforme, il trouve un col extrêmement ramolli, le doigt pénètre facilement dans le canal cervical ne sentant aucun obstacle. On n'arrive pas à sentir le fond de l'utérus à travers la paroi abdominale.

M. Pinard le croit situé à droite et, un peu au-dessous, le kyste. La mensuration de la cavité utérine donne 14 centimètres et demi. Elle est suivie d'une légère hémorrhagie.

Le 21 novembre, après avoir eu, pendant plusieurs jours, la diarrhée, elle ressent au niveau du flanc droit une douleur assez vive, la palpation est très douloureuse à ce niveau, les accidents persistent pendant un jour pour disparaître ensuite peu à peu. A ce moment il semble y avoir une plus grande tension du kyste fœtal.

Le 25 novembre, la hauteur du kyste au dessus de la symphyse marquait 28 cent.

Le 7 décembre, 31 cent.

Le 20 décembre, M. Pinard trouve 32 cent. de hauteur et examine la femme à nouveau. Il trouve les battements du cœur au niveau de l'ombilic à droite très frappés. Le palper démontre que la tête est tout à fait dans le flanc droit sous le foie, dos non accommodé au grand bassin coupant en écharpe l'ombilic à parties égales en dessus et en dessous.

Toucher. — Col très mou, canal cervical béant ; on introduit très facilement le doigt jusqu'à l'orifice interne qu'on dépasse même, aucune saillie, aucun obstacle. Dans l'excavation on ne sent rien de particulier. Impossibilité absolu, de délimiter le corps de l'utérus.

Opération le 21 décembre 1898 par M. Segond. M. Pinard, une fois la malade endormie pratique le cathétérisme et trouve encore 14 cent. 1/2. Incision des parois et de celle des kystes, écoulement d'une petite quantité de liquide amniotique ; l'enfant est extrait et il crie aussitôt, on pince le cordon, on le sectionne. Après avoir débridé le kyste et vidé les débris et le liquide on le suture à la paroi abdominale et on laisse le placenta adhérent. L'enfant pèse 2.830 grammes. Tamponnement à la gaze iodoformée.

Le 21 décembre, dans la soirée, douleurs abdominales violentes, piqûre de morphine.

Le 22 décembre, la malade a mal dormi. Lavements, peu de matières fécales.

Le 23 décembre, vomissements, deux piqûres de morphine, une mèche retirée du kyste et remise à M. Marmorek qui trouve une quantité de streptocoques.

Le 24 décembre, 0,50 cent. de calomel, lavements, garde-robes abondantes, vomissements.

Le 27 décembre, M. Segond enlève les fils et en laisse deux à la partie inférieure, il s'écoule un peu du pus à chaque point.

Le 29 décembre, lavage de la plaie avec une solution de 1 % de bicarbonate de soude.

Le 30 décembre, amélioration sensible, la température qui était élevée baisse..

Le 23 janvier, le pansement est fait tous les jours, le placenta est encore adhérent, aucune tentative de décollement n'a encore été faite.

Elle sort avec son enfant complètement guérie le 30 mars 99.

OBSERVATION XXVI

par Pinard, dans la *Sem. méd.*, janvier 1894

Femme entrée à Beaudelocque, en juillet 1893.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, elle eut un premier accouchement spontané à terme en 1873, un deuxième en juin 1885, un troisième en avril 1888, un quatrième en septembre 1889; tous ses enfants sont nés vivants et bien portants.

Depuis cette époque, santé générale parfaite.

Dernière apparition des règles du 15 au 20 novembre 1892.

Aucune douleur, aucun symptôme morbide jusqu'au 28 janvier 1893. A ce moment douleurs abdominales, léger écoulement sanguin et expulsion d'une « peau épaisse en forme de sac », selon l'expression même de la malade.

L'écoulement sanguin dura jusqu'au 5 février, mais les douleurs abdominales persistèrent plus longtemps et s'accompagnèrent bientôt de difficultés dans la miction et la défécation. Cet état dura jusqu'à la fin du mois de mars, époque à laquelle les douleurs s'atténuèrent; les fonctions devinrent moins pénibles et le repos au lit ne fut plus nécessaire.

Depuis le 5 février la malade n'a plus perdu de sang, mais, le 4 juillet, il s'est produit un écoulement de liquide roussâtre, qui a persisté jusqu'au jour de son entrée dans le service.

Les douleurs reparurent à la fin d'avril et obligèrent cette femme à reprendre le lit jusqu'au 22 mai. Depuis ce moment, elles sont moins accusées et permettent la marche.

Préoccupée de cette grossesse qui ne ressemblait à aucune de ses grossesses antérieures, cette femme alla consulter un médecin qui lui conseilla d'entrer dans une clinique d'accouchements. C'est ainsi qu'elle vint dans notre service, le 10 juillet dernier.

Voici ce que présentait cette malade à l'examen général et local :

Etat général mauvais, facies fatigué, douleur très vive dans la cuisse droite ; pas d'œdème des membres inférieurs.

Le ventre est irrégulièrement développé et, à travers la paroi abdominale amincie, se dessinent en relief deux tumeurs de formes différentes et de volume inégal : l'une de ces tumeurs, la plus petite, est située à gauche de la ligne médiane et s'élève à 9 centimètres au-dessus de la branche horizontale du pubis ; l'autre, beaucoup plus volumineuse, est située à droite et s'élève à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Ces deux tumeurs sont le siège de contractions intermittentes indépendantes.

Ces contractions sont appréciables à la vue et au palper.

Le palper permet de reconnaître, dans la tumeur droite qui n'est mobile que par son extrémité supérieure, la présence d'un fœtus et d'un fœtus vivant. Ce fœtus est couché en diagonale, le siège dans le flanc droit, la tête dans la fosse iliaque gauche, repoussant en avant la petite tumeur. Le stéthoscope fait entendre le maximum des pulsations fœtales sur la ligne médiane, au-dessous de l'ombilic.

Le cathétérisme de la vessie démontre que cet organe est dévié en bas et à gauche. Au toucher, on trouve une tumeur remplissant l'excavation et, entre cette tumeur et la face postérieure de la symphyse, on rencontre le col projeté en haut et en avant. Ce col est déchiqueté, mou et gros.

Combinant le palper au toucher, on constate nettement que le col se continue avec la petite tumeur située à gauche, laquelle est distincte de la grosse tumeur qui s'élève à droite dans la grande cavité abdominale et qui plonge dans l'excavation en la remplissant.

L'exploration attentive de la petite tumeur ne donne en aucun point la sensation de parties fœtales ; mais, par contre, la pulpe de l'index perçoit presque partout des pulsations très fortes.

Trois semaines après la mort du fœtus, le 9 octobre, laparo

tomie; extraction du fœtus; suture du kyste à la paroi abdominale; guérison.

OBSERVATION XXVII

Publiée par Pinard dans : Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine.

*Grossesse extra-utérine s'étant développée jusqu'à terme.
— Laparotomie pratiquée un mois environ après la mort du fœtus. — Guérison.*

La nommée V..., âgée de 38 ans, entrée dans mon service à la Maternité de Lariboisière, le 6 juin 1888, présente les antécédents suivants :

Première grossesse normale à 18 ans. Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt ans, aucune autre grossesse. A part quelques indispositions, bonne santé générale.

Les règles qui jusque-là avaient été régulières, se montrèrent pour la dernière fois le 20 août 1887. Cette suppression non plus que l'apparition de quelques phénomènes sympathiques de la grossesse, n'attirèrent nullement l'attention de cette femme qui se croyait arrivée à l'époque de la ménopause.

Dans le courant du mois de janvier, elle fut prise subitement de violentes douleurs abdominales et lombaires, perdit connaissance et prit le lit, qu'elle n'a pas quitté depuis.

Quelques jours après le début de ces accidents, elle eut une légère hémorrhagie utérine, rendit une certaine quantité de caillots et expulsa une membrane assez épaisse. En même temps elle présenta quelques phénomènes qui firent penser à une péritonite : frissons, fièvre, vomissements, etc., qui ne tardèrent pas d'ailleurs à se calmer.

Mais le ventre continua à se développer, les seins augmentèrent de volume.

En février et mars, à l'époque correspondante à celle des règles, cette femme perdit quelques gouttes de sang.

Dans le courant du mois d'avril, voulant faire un effort pour se lever, elle ressentit une douleur violente dans les reins et eut une syncope. Ayant repris connaissance, elle crut percevoir des mouvements dans la cavité abdominale.

Je la vis alors pour la première fois le 16 avril, appelé par le Dr Ivanichevitch.

Je constatai l'existence d'une tumeur abdominale volumineuse, immobile, étendue transversalement et occupant toute la région hypogastrique. Explorant cette tumeur par le palper, je perçus d'abord nettement un ballotement fœtal, puis je pus me rendre compte de l'attitude du fœtus dont la tête était à gauche, le siège et les petites extrémités à droite.

L'auscultation démontra l'existence des bruits du cœur fœtal dont le foyer maximum siégeait à deux centimètres au-dessous de l'ombilic. Le toucher me fit reconnaître que l'excavation était remplie par une tumeur, et que le col ramolli était repoussé en arrière et en haut avoisinant l'angle sacro-vertébral. Il me fut impossible, à ce moment, de distinguer si le col était en relation de continuité ou de contiguité avec la tumeur.

Si le diagnostic de l'existence de la grossesse était facile, le diagnostic et la nature de cette grossesse l'était beaucoup moins.

Cette grossesse, accompagnée des symptômes précédemment décrits, était assurément pathologique, mais pourquoi ?

La physionomie des symptômes observés chez cette femme : douleurs abdominales subites et perte de connaissance trois mois après une suppression de règles, expulsion de caillots, probablement d'une caduque, accidents péritonitiques, puis consécutivement, légère hémorrhagie à chaque époque des règles, etc., me firent penser à l'existence d'une grossesse extra-utérine ; les signes perçus par le palper : immobilité de la tumeur et irrégularités de cette dernière, semblaient confirmer ce diagnostic : mais le toucher, en me démontrant que le col offrant les caractères du col gravide était repoussé en arrière, et ne me permettant pas de reconnaître si le col était distinct ou faisait partie constituante de la tumeur de l'excavation, et si cette dernière était formée par le segment inférieur de l'utérus, ou par un kyste fœtal, me fit rester dans le doute, et je me contentai de recommander de surveiller avec grand soin cette femme.

La grossesse continua à évoluer, quand le 20 mai se montrè-

rent des douleurs absolument semblables à celles du travail normal de l'accouchement. D'abord légères et irrégulières, ces douleurs apparurent ensuite régulièrement toutes les 5 minutes et devinrent très intenses. Cet état dura trois jours. Pendant ce temps, les mouvements du fœtus furent très accusés et même violents, puis ils disparurent le 29 mai. Il n'y eut, pendant cette période, aucun écoulement vaginal.

Appelé à ce moment, je constatai la mort du fœtus ; et en raison de ce qui s'était passé les jours précédents, bien que je n'eusse pu pratiquer au second examen le cathétérisme utérin digital, le diagnostic de grossesse extra-utérine étant plus que probable, je fis comprendre à cette femme qu'elle n'accoucherait pas sans secours, et je la décidai à entrer à la Maternité de Lariboisière où elle vint, comme je l'ai dit, le 6 juin.

A ce moment, son état général est peu satisfaisant : elle est pâle, amaigrie, et ne peut se tenir debout. Le pouls est à 120 et la température à 38°2. La miction est douloureuse. Les urines contiennent une notable quantité d'albumine.

Le lendemain 7 juin, cette femme ayant été anesthésiée, je pratiquai l'examen minutieux du ventre. Je constate, dans l'abdomen, ainsi que je l'avais fait dans mon premier examen, l'existence d'une tumeur ovoïde, mate, tendue et immobile, dont le grand axe horizontal, étendu d'une épine iliaque à l'autre en passant par l'ombilic, mesure 52 centim. et dont le petit axe vertical, allant de la symphyse à 7 centim. au-dessus de l'ombilic, mesure 30 centim.

Je reconnais que l'attitude du fœtus n'a pas changé, la tête est à gauche et le corps à droite. Je retrouve également sur la région antéro-latérale droite de la paroi abdominale, une sorte de tuméfaction de 15 centim. environ de diamètre, au niveau de laquelle existe un frémissement assez intense, une sorte de thrill perceptible à la main, que j'avais déjà constaté en examinant la malade chez elle, et dont celle-ci se plaignait d'ailleurs à cause de l'existence d'une douleur constante à ce niveau et d'une sensation permanente de bouillonnement.

L'auscultation absolument muette au sujet des bruits du cœur fœtal, démontre à ce niveau l'existence d'un souffle intense à renforcement qu'on ne retrouve nulle part ailleurs.

Le frémissement et le souffle ont leur maximum d'intensité au centre de cette zone tuméfiée décrite plus haut, et vont l'un et l'autre en s'affaiblissant vers la périphérie de cette zone. Pour ces raisons, je pensai que le placenta était inséré à ce niveau.

Le toucher vaginal et le cathétérisme vésical permettent de constater que la vessie est interposée dans sa totalité entre le vagin et le kyste fœtal, et qu'il sera impossible de se frayer une voie en arrière, c'est-à-dire de pratiquer l'élytrotomie si une intervention est jugée nécessaire ; que le kyste fœtal en plongeant dans l'excavation a repoussé l'utérus fortement en arrière, que le col ramolli et entr'ouvert est toujours en rapport avec l'angle sacro-vertébral.

Introduisant la main entière dans le vagin, dans le but de pratiquer le cathétérisme utérin digital, je pus introduire facilement l'index dans l'utérus et constater que la cavité utérine était vide.

Désireux de voir l'état général de cette femme s'améliorer, espérant faire disparaître l'albuminurie et voulant surtout n'intervenir qu'après l'arrêt de la circulation placentaire, je résolus d'attendre et soumis la malade au régime lacté.

Du 7 au 20 juin l'état général s'aggrava, mais l'albuminurie disparut à peu près entièrement. Le souffle et le frémissement diminuèrent progressivement et ne furent plus perçus le 19. Par contre la tension du kyste devint de plus en plus considérable.

En présence, d'un côté, de l'amaigrissement constant, de l'élévation de la température, des troubles de plus en plus accusés de la miction, de l'absence de sommeil ; d'un autre côté, ayant constaté la disparition de l'albuminurie et du souffle et frémissement placentaires ; enfin craignant la rupture spontanée du kyste en raison de son augmentation constante, progressive, je résolus d'intervenir et je pratiquai la laparotomie le 23 juin, à 6 h. du matin.

Je pratiquai sur la ligne médiane de l'abdomen une incision de 17 centim. Je découvris le kyste foetal dont je trouvai la face antérieure recouverte de fausses membranes récentes. Les adhérences du kyste au péritoine étaient solides à la partie inférieure, mais à peine accusées aux parties moyenne et supérieure.

Je pratiquai immédiatement l'isolement du péritoine en suturant le kyste à la paroi abdominale au moyen d'une vingtaine de points à l'aide de la soie phéniquée.

En palpant alors la surface accessible du kyste, reconnaissant que le placenta est inséré à droite et voulant l'intéresser le moins possible, je résolus de pratiquer l'ouverture du kyste au moyen d'une incision faite à 1 cent. à gauche de la ligne médiane. Cette incision pratiquée et mesurant toute la hauteur de la plaie abdominale, il s'écoule une certaine quantité de liquide brunâtre sans odeur ; introduisant alors la main droite, j'allai chercher un pied et, par des tractions lentes, je pus extraire facilement le fœtus. Ce dernier très macéré, mais entier, mesure 46 centim. et pèse 2,300.

Introduisant à nouveau ma main dans le kyste, je constate que le placenta est inséré sur la paroi antérieure de l'abdomen, exactement au point où avaient été perçus la tuméfaction, le frémissement et le souffle.

Après avoir sectionné le cordon au niveau de son insertion placentaire, je suturai la moitié supérieure de la plaie abdominale ; je plaçai à la partie inférieure deux gros tubes au moyen desquels je lavai la cavité kystique avec une solution aqueuse et saturée de naphthol.

Ces lavages au naphthol furent pratiqués deux fois par jour pendant cinq jours. Puis la température, qui depuis l'opération était revenue à la normale, s'étant élevée à 39°, au moment où le placenta commençait à se détacher, je pratiquai l'irrigation continue avec le même liquide pendant 48 heures. La température s'étant alors abaissée, je revins aux lavages biquotidiens.

Les membranes commencèrent à s'éliminer le 3^e jour après l'ouverture du kyste. Le placenta ne commença à se détacher

que le 6^e jour et son élimination ne fut complète que le 7 juillet, c'est-à-dire le 17^e jour. A ce propos, je ferai remarquer qu'à deux reprises, le 7^e et le 11^e jour, de légères tractions ayant été faites sur le placenta, dans le but de hâter son décollement, déterminèrent des hémorragies assez sérieuses. Aussitôt après l'élimination du placenta les parois du kyste revinrent rapidement sur elles mêmes, la plaie bourgeonna et se cicatrisa rapidement.

CHAPITRE IV

Complications

RUPTURE DU KYSTE, INFECTION ET ALBUMINURIE

Les deux accidents redoutables de la grossesse extra-utérine sont la rupture du kyste et son infection.

Rupture. — Cet accident peut se produire à n'importe quel moment et n'importe quelle période de la grossesse ectopique, mais c'est principalement dans les premiers mois que l'on observe ce fait. Les causes en sont obscures et encores discutées. M. Pinard rapporte (Dict. encycl. des sciences médicales, art. grossesse), le cas d'une jeune dame ayant une grossesse extra-utérine des premiers mois et diagnostiquée par lui, l'intervention chirurgicale proposée avait été remise, quand un soir cette dame arrivant à l'Opéra ressentit tout à coup une vive douleur dans le bas-ventre et elle mourait en quel-

ques instants, présentant tous les symptômes d'une hémorrhagie interne.

Des cas semblables ont été mentionnés dans la thèse de M. Cestan.

Malgré la forme grave, mortelle même, de ces accidents, nous pensons qu'on a beaucoup exagéré leur gravité, relativement à la fréquence des cas, en leur attribuant un pronostic tellement sombre. Dans les 36 observations que nous avons recueillies, nous avons à regretter une mort subite dûe à l'hémorrhagie interne et cette même femme qui avait déjà eu sept ou huit syncopes refusa de se faire opérer à ce moment là, malgré les instances de son médecin, et dans les 50 cas observés par M. Bouilly (*loc. cit.*), il n'y a eu que deux morts dûes à cet accident, la mortalité opératoire mise à part. On est donc autorisé à dire que si la femme résiste à une première inondation péritonéale, le pronostic n'est pas toujours défavorable, quoique toujours sérieux, puisque l'intervention chirurgicale s'impose par ce seul fait en évitant ainsi un second accident.

Les adhérences qui se créent alors autour des vaisseaux qui saignent, permettent de limiter plus ou moins la perte de sang.

M. Wallich (*loc. cit.*), parlant de la rupture du kyste, dit : « La rupture du kyste n'a pas toujours une terminaison fatale, après l'ictus du début, la douleur brusque ressentie dans un côté du bas-ventre, la défaillance qui accompagne l'hémorrhagie interne, les accidents s'ament.

L'hémorrhagie s'est limitée, formant un épanchement

dans le péritoine pelvien..... il se produit des phénomènes de péritonite, lesquels vont aboutir, soit à une péritonite localisée, adhésive, entraînant l'enkystement des caillots, soit à une péritonite généralisée ». Il ajoute ensuite : « D'autres fois, la rupture du kyste suivie des accidents aigus et subaigus, arrive à la chronicité, soit par enkystement de l'hémorrhagie, comme nous venons de le voir plus haut, soit que l'œuf étant rompu, le fœtus continue à se développer ou à rester libre dans le ventre ».

Ces accidents graves de la rupture du kyste avec hémorrhagie ou infection, commandent l'intervention chirurgicale d'une façon même urgente.

M. Auvray, tout récemment, 9 juin 1900, dans le *Progrès Médical*, publie trois observations très intéressantes au point de vue de l'hémorrhagie intra-péritonéale, il a obtenu trois succès par la laparotomie d'urgence et dans l'observation n° II, il a eu à convaincre l'entourage de l'urgence et de la nécessité immédiate de l'intervention chirurgicale.

Infection du kyste. Cette complication a été observée six fois au cours de nos observations et malheureusement trois femmes ont succombé après l'opération chirurgicale, les trois autres ont pu être sauvées et, particularité importante chez ces trois dernières, le kyste n'était pas rompu (obs. 13, 21 et 23).

On peut se demander quelle pouvait être la porte d'entrée de cette infection, sachant surtout que dans la grossesse utérine, l'œuf s'infecte seulement lorsqu'il est ouvert ; on admet que les germes septiques venant de

l'intestin par suite de l'irritation des parois provoquée par le voisinage du kyste pénètrent dans la cavité kystique et provoque son infection. Ne doit-on pas pourtant attribuer une partie de l'infection du kyste si non sa totalité aux bacilles venant de l'utérus (qui est vide) par les trompes, ce mode de propagation étant si fréquent dans les affections génitales de la femme ?

Pourtant la rétention du fœtus mort peut être plus ou moins prolongée, mais à un moment donné lorsqu'on n'opère pas assez tôt, l'infection du kyste se produit ; sans compter que la rupture, quand la grossesse ectopique est âgée tend à amener toujours ce grave accident (témoin les trois observations que l'on voit plus loin). Ces phénomènes se manifestent peu à peu et prennent rapidement l'aspect d'une péritonite aiguë, avec élévation considérable de la température, frissons, fréquence du pouls, manifestations locales douloureuses, faciès grippé, etc., enfin tous les symptômes de l'infection péritonéale aiguë sur lesquels nous n'insistons pas, ces phénomènes étant trop connus.

Il va de soi qu'il faut opérer le plus tôt possible, afin d'éviter de rendre la chance de l'opération déjà problématique plus grave en s'attardant dans l'expectation.

Albuminurie. — Dans la grossesse utérine, on peut observer de l'albuminurie gravidique, de même dans la grossesse ectopique, on peut la rencontrer; aussi nous croyons utile de relever ce fait qui n'est pas signalé.

Dans l'observation n° 16, on a pu remarquer que cette malade présentait pendant les derniers mois de sa grossesse de l'œdème des jambes et même la partie inférieure

de son abdomen était tellement œdématisée que l'on a été gêné pour l'exploration manuelle. Le régime lacté provoqua une amélioration considérable, les œdèmes disparurent ainsi que les autres manifestations de cette intoxication ; l'urine cependant contenait toujours 3 à 5 grammes d'albumine et ce n'est que dix jours après son opération que l'albumine cessa complètement. Egalement la femme de l'observation 27, a eu pendant ses 5 et 6 mois de grossesse de l'albuminurie gravidique, et M. Pinard en lui instituant le régime lacté absolu vit bientôt cette albumine disparaître.

Dans la thèse de M. Lafond, Paris 1899 « Etude sur quelques formes anormales d'éclampsie », on trouve une observation bien intéressante. Une femme ayant une grossesse extra-utérine méconnue, arrive près du terme qui s'est révélé par un faux travail, meurt d'éclampsie après huit attaques.

Ainsi la grossesse ectopique peut se compliquer également par la présence d'albumine et quoique manquant dans certains cas, nous avons pu constater parmi nos observations quelques femmes présentant une légère hépatotoxémie gravidique avec maux de tête, visage bouffi et teint blaffard, etc.

OBSERVATIONS

OBSERVATION XVIII

Grossesse extra-utérine ayant évolué jusqu'au 6^e mois. Rupture du kyste fœtal. Laparotomie in extremis. Mort. — Je dois ces renseignements à mon ami le D^r Emile Turquet, de Méry-sur-Seine, qui a soigné et m'a adressé cette femme.

Madame A..., âgée de 37 ans.

Antécédents héréditaires. — Nuls.

Antécédents personnels. — 12 ans de mariage sans grossesse, réglée régulièrement toutes les 3 semaines ; quelques accidents de métrite chronique. Pendant les règles, les seins sont toujours gonflés et douloureux.

1^{er} mai 1889. Apparition des dernières règles.

Le 2. Arrêt brusque des règles à la suite d'une émotion très vive ; pas d'accidents consécutifs ; les seins restent gonflés et sensibles.

Le 25. Deuxième époque des règles ; elles ne paraissent pas ; léger écoulement leucorrhéique accompagné de quelques tranchées. 8 ou 15 jours après surviennent quelques douleurs de ventre. Le 9 juin elles durent 4 heures.

14 juin. Pas de règles, mais douleurs violentes dans toute la région abdominale sans localisation. Ventre un peu sensible dans toute sa surface ; au toucher rien d'anormal ; les seins sont toujours gonflés ; faciès pâle, pas de fièvre, pouls normal, langue légèrement saburrale, constipation, dysurie légère.

Repos au lit, injections de morphine. Amélioration rapide au bout de quelques jours, mais le bas-ventre reste sensible, la

constipation reste opiniâtre ; au bout de cinq semaines la malade se lève et s'occupe de son ménage.

20 juillet. Phénomènes péritonitiques : vers midi, la malade étant couchée est prise subitement et sans cause aucune d'une violente douleur dans le bas-ventre avec forte envie d'uriner ; les douleurs reviennent par crises toute la journée sans nausées ni vomissements ; pas d'écoulement utérin. A l'examen, le lendemain, le ventre est ballonné et il existe un empâtement manifeste dans le flanc droit et la région de la fosse iliaque droite ; la douleur est aussi beaucoup plus vive à ce niveau ; au toucher le col de l'utérus est au centre du bassin. L'utérus n'est pas douloureux, douleur légère dans le cul-de-sac ; pas de fièvre, léger embarras gastrique, défécation douloureuse, mictions répétées et difficiles.

Les jours suivants, les douleurs continuent par crises surtout le soir. L'empâtement augmente et une induration apparaît au-dessus de l'arcade de Fallope.

Le 24. Le Dr Théveny, de Plancy, est appelé en consultation et constate que l'induration enveloppe l'utérus. Traitement : révulsifs sur le bas-ventre, injections vaginales au naphtol, purgatifs répétés.

Du 2 juillet au 23 août. Les douleurs vives, au début, diminuent sensiblement ; l'induration fait des progrès surtout à droite et remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic ; la constipation et la dysurie augmentent, l'embarras gastrique continue.

Du 23 août au 7 septembre. Les douleurs disparaissent, l'induration n'augmente plus, l'empâtement de la paroi abdominale s'efface, l'état général devient meilleur, l'appétit renaît et à ce moment le Dr Théveny et moi nous constatons :

A la palpation, une tumeur d'une dureté ligneuse, lisse, immobile, insensible à la pression remplissant l'excavation à droite, remontant dans la cavité abdominale jusqu'à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, dépassant légèrement la ligne médiane pour descendre obliquement à gauche jusqu'à deux

travers de doigt au-dessus de la branche horizontale du pubis et se prolongeant à gauche le long de cette branche. A ce niveau, la tumeur semble plus molle, se durcit parfois et fait alors une saillie manifeste sur la paroi abdominale.

A l'auscultation de la tumeur à droite, on entend des bruits de frottements péritonéaux et un souffle léger analogue à un souffle maternel.

Au toucher, le col est un peu remonté et dévié à gauche; il est légèrement ramolli et perméable; le cul-de-sac postérieur est rempli par une tumeur indépendante de l'utérus qui est déplacé en masse en haut et à gauche sous la branche pubienne; il existe un sillon entre le col et la tumeur.

14 septembre. Le professeur Pinard veut bien nous accompagner, le Dr Théveny et moi, pour examiner la malade; il nous fait remarquer la forme lisse et globuleuse de la tumeur, *son indépendance bien nette avec l'utérus*; de plus, il constate que la tumeur est fluctuante et très tendue. Il fait alors le diagnostic de tumeur liquide développée au niveau des annexes de l'utérus et pouvant faire penser à un kyste fœtal extra-utérin ou à une hydro-salpingite, mais il croit plutôt à une grossesse extra-utérine.

Le 21. M. Pinard revoit la malade; la tension du kyste a notablement diminué, la fluctuation est très manifeste, la tumeur semble se réduire.

Les 23 et 24. Quelques phénomènes douloureux du ventre; les seins deviennent durs et sensibles; éruption d'acné sur le dos (phénomènes se produisant habituellement chez la malade à l'approche des règles). Le kyste a sensiblement augmenté de volume. Il fait une saillie en avant, la tension est devenue très grande.

Le 27. M. Pinard revient une troisième fois, accompagné de M. le Dr Vannier; ce dernier non prévenu examine la malade et fait le diagnostic de grossesse ectopique. Ce diagnostic est confirmé par M. Pinard. En effet, en pressant le mamelon du côté droit, on fait sourdre une goutte de lait; l'auscultation de la

tumeur fait entendre un souffle maternel, mais pas de bruits du cœur fœtal.

15 octobre. Le kyste a augmenté de volume, il remonte à trois travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; la tension en ce moment est un peu moins forte ; on commence à sentir à la surface de la tumeur quelques inégalités.

Le 19. Le souffle maternel augmente d'intensité, toujours pas de bruits du cœur fœtal, mais en perçoit manifestement des mouvements actifs du fœtus ; la mère, non encore prévenue du diagnostic, dit sentir des battements en bas et à droite ; au toucher, le col est très mou, la tumeur fait de plus en plus saillie dans le cul-de sac, on y sent des parties dures.

Le 21. Époque des règles annoncée par des douleurs très vives, frissons, accélération du pouls sans fièvre. Le ventre est ballonné, sensible à la pression, le kyste est excessivement dur et tendu ; la défécation est douloureuse, dysurie. La grande tension du kyste rend l'auscultation difficile et ne permet pas d'entendre les bruits du cœur fœtal.

Le 25. La tension du kyste a diminué et pour la première fois on entend manifestement les bruits du cœur fœtal ; le foyer d'auscultation siège un peu à gauche de la ligne médiane et à 4 travers de doigt du pubis.

10 novembre. Le kyste dépasse l'ombilic de 4 travers de doigt ; la forme du ventre est irrégulière : globuleux à droite, il est aplati à gauche ; à droite et en bas, grosse saillie molle au niveau de laquelle on entend un souffle très prononcé ; en haut, tumeur moins saillante, mais dure et rénitente ; à gauche et en bas, la petite tumeur formée par l'utérus ; au-dessus on sent des parties dures et résistantes, c'est à ce niveau que se trouve le maximum des bruits du cœur qui deviennent très forts.

Le 13. La malade se plaint de démangeaisons ; éruption ortiée à la face, au cou, aux membres inférieurs.

Le 21. L'éruption s'atténue, les démangeaisons disparaissent ; vers le soir, les mouvements actifs du fœtus qui habituellement étaient très fréquents et très prononcés, cessent tout à coup,

sans aucun motif ; le lendemain à l'auscultation, on ne peut retrouver le moindre battement du cœur fœtal.

Les 22, 23, 24. L'auscultation attentive et répétée ne révèle aucun bruit du cœur ; les mouvements actifs n'ont pas reparu ; le ventre semble s'affaïsser. Il est sorti de la vulve à plusieurs reprises des débris de membranes, sans une goutte de sang. L'état général est satisfaisant, malgré un état nauséux depuis le 22.

Le 29. Frisson violent qui dure une heure environ. *

Le 30. Nouveau frisson moins fort, le faciès s'altère, température 38°5, P. 100, amaigrissement, perte d'appétit, le ventre n'est pas sensible.

1^{er} décembre. L'état général s'altère avec une très grande rapidité, les yeux s'excavent. Pendant la nuit, frisson violent qui a duré 4 heures ; température du matin 38°8, P. 120. Le ventre est légèrement ballonné et sensible surtout à gauche, l'utérus se contracte souvent ; écoulement par la vulve d'un liquide sanguinolent.

En présence de l'altération rapide et croissante de l'état général depuis deux jours, on décide de partir le jour même à Paris ; le voyage est très bien supporté sans souffrance, et la malade arrive à la Clinique Baudelocque à 10 heures du soir.

La température est de 39°, le pouls fréquent et petit ; faciès abdominal.

EXAMEN. — Du côté des seins, modifiés comme à l'ordinaire dans la grossesse, il s'écoule quelques gouttes de colostrum en pressant la base du mamelon.

Le ventre présente une forme irrégulière, la tumeur remonte à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic, et offre sa plus grosse saillie en haut, à droite de la ligne médiane ; à gauche saillie moins volumineuse séparée de la précédente par un méplat.

Par le palper, on a la sensation du ballotement fœtal ; le siège

occupe la grosse partie de la tumeur kystique, la tête est en bas et donne une sensation de crépitation.

Par le toucher, on arrive sur le col en partie ramolli, abaissé et nullement dévié ; l'utérus facile à délimiter est assez mobile et remonte à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse. Le cul-de-sac postérieur est en grande partie effacé et est occupé par la tête fœtale sur laquelle on arrive facilement, car elle n'est pas séparée du doigt qui explore par une grande épaisseur de parties molles, si bien qu'on pourrait peut-être donner la préférence à l'élytrotomie.

3 décembre. Soir, temp. 40°. Le ventre est extrêmement tendu et douloureux. Temp. 38°,6 ; à midi 40°2. A deux heures et demie brusquement la malade est prise de douleurs abdominales horribles et ne cesse plus de crier ; le malade prend le faciès péritonéal, les extrémités se refroidissent, et le pouls est inécomptable.

Diagnostiquant une rupture du kyste fœtal, le professeur Pinard fait à 4 heures et demie la laparotomie d'urgence.

OPÉRATION. — On fait à la malade une injection sous-cutanée avec 1 cent. cube de la solution suivante :

Morphine..... 0. 10 cent.

Atropine..... 0. 005 milligr.

Eau de laurier cerise..... 10 gr.

et on donne le chloroforme.

On fait une incision longitudinale de 9 à 10 centimètres à droite de la ligne blanche, pour éviter de blesser les anses intestinales extrêmement distendues par les gaz.

On arrive directement sur le kyste fœtal qui est réuni à la paroi abdominale par 15 sutures de soie phéniquée ; ceci fait, on incise le kyste d'où il sort des gaz fétides et un liquide sanieux et infect ; on retire, après avoir fait de grands lavages avec la solution au naphtol, un fœtus macéré, météorisé, du sexe masculin, pesant 950 grammes.

En introduisant la main dans la cavité kystique on cherche le siège de la rupture, mais on n'obtient aucun renseignement

positif à ce sujet ; on sent seulement à la partie supérieure, à travers la paroi du kyste, le paquet intestinal qui est extrêmement distendu par des gaz.

On laisse le placenta en place et quatre pinces à forcipresures ; on place trois tubes à drainage et on fait un pansement à la gaze et au coton iodoformé. L'opération a duré près d'une heure. On replace la malade sur son lit : facies péritonéal refroidissement des extrémités, pouls à 180, irrégulier.

La malade meurt dans la nuit, à une heure.

Le 5. AUTOPSIE, faite le matin à 10 heures. — On enlève le pansement qui est imbibé de sang seulement à sa partie profonde ; on fait en fer à cheval une incision sur la paroi abdominale, de façon à pouvoir rabattre de haut en bas toute cette paroi ; ceci fait, on constate que le péritoine et les anses intestinales sont piquetées de tâches noirâtres ; au niveau de la fosse iliaque droite, il existe un diverticulum rempli d'un liquide sanieux, purulent ; à la partie profonde, on trouve un orifice qui permet l'introduction du médius et qu'on pourrait prendre tout d'abord pour une solution de continuité du kyste ; un examen plus complet permet de reconnaître que cet orifice est dû au non affrontement en cet endroit de la paroi antérieure du kyste à la partie profonde de l'abdomen ; au contraire, sur toute la longueur de l'incision, il y a déjà un commencement de réunion entre les lèvres de la section de la paroi abdominale et la face antérieure du kyste ; on coupe les fils de suture. La paroi abdominale enlevée, le kyste fœtal apparaît : il a le volume d'une tête de fœtus à terme ; sa paroi antérieure grisâtre est parcourue par une anse intestinale en fronde, si fortement adhérente sur tout son trajet qu'on ne peut le décoller et qu'on aurait pu couper si l'incision avait été faite sur la ligne blanche. Le kyste présente des adhérences sur presque toute son étendue, surtout à la partie postérieure : celles de la paroi abdominale sont au contraire peu marquées. Les parois du kyste ont une épaisseur de 2 centimètres environ ; le placenta paraît volumineux et est inséré sur la face postérieure ; en faisant basculer le kyste pour le sortir

de l'abdomen, on constate l'existence d'une rupture sur la paroi postérieure ; l'orifice de la rupture est irrégulièrement circulaire et permet l'introduction de l'index ; on constate en même temps la présence d'une grande quantité de sang dans la cavité péritonéale.

Pour mieux étudier la pièce, chercher à se rendre compte de la variété de grossesse ectopique à laquelle on a affaire, on enlève le kyste attenant à l'utérus et on fait congeler toute la pièce ; on fait alors quatre coupes qui permettent de voir très nettement les modifications dont l'utérus est le siège, et de préciser le siège de la rupture kystique et le lieu où s'est développée cette grossesse ectopique.

Ces coupes ont été publiées dans notre atlas et démontrent que le kyste fœtal s'est développé sous le péritoine, entre celui-ci et la paroi postérieure de l'utérus, dont il l'a décollé dans le sens vertical jusqu'à neuf centimètres au-dessus du cul-de-sac postérieur du vagin. Il s'agit donc d'une grossesse ectopique sous-péritonéale, intra-ligamenteuse, mais qui, à un moment donné, a dépassé de beaucoup les limites de ce ligament. (Pinard)

OBSERVATION XXIX

(de la Thèse de M. Paquy)

Grossesse extra-utérine non diagnostiquée. — Ouverture spontanée du kyste dans le cul-de-sac vésico-vaginal. — Extraction d'un fœtus putréfié. — Rupture du kyste dans la cavité abdominale. — Laparotomie. — Hystérectomie abdominale. — Mort.

H... Ad..., femme P..., 32 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Rien de particulier.

Antécédents personnels. — A marché vers 18 mois ou 2 ans. Réglée à 16 ans, toujours régulièrement depuis.

Antécédents pathologiques. — Nuls.

Grossesses et accouchements antérieurs. — VI pare.

1^o 20 janvier 1884, à terme, forceps, fille morte pendant l'extr.

2^o 4 novembre 1885, » » » »

3^o 1^{er} janvier 1889, » » garçon » »

4^o 28 décembre 1890, » craniotomie » »

5^o 2 septembre 1894 à Baudelocque, accouchement spontané à 8 mois et demi, enfant vivant du poids de 2600 grammes. Fille élevée au sein maternel, morte à 13 mois et demi de méningite.

Grossesse actuelle. — Entre à Baudelocque le 18 septembre 1896. Dernières règles le 20 décembre 1895.

Apparition des mouvements actifs. fin avril 1895. Hauteur de l'utérus 31 centimètres. *Rien d'anormal pendant la durée de la grossesse.*

Examen. — Incurvation assez prononcée des fémurs et des tibias. Tension des parois moyenne. Tête en bas, dos à gauche. Bruits du cœur à gauche au-dessous de l'ombilie.

Toucher. — Pas d'engagement. Bassin vicié. Diamètre P. S. P. 91 millimètres. Col utérin déchiqueté, ramolli, la lèvre antérieure n'existe plus.

Le 12 octobre, la malade qui depuis la veille n'a pas senti remuer son enfant, entre à la *salle de travail à 1 heure du matin*. Elle a quelques douleurs. A l'auscultation pas de bruits du cœur, pas de modification du col, tête très élevée. Elle perd du sang en petite quantité. *Pendant la nuit il survient quelques petites contractions qui cessent le matin.*

La température reste normale le 12. Le 13 au soir elle atteint 38°1. Injection de 10 centimètres cubes de sérum antistreptococcique. Le 14 au soir de nouveau 38°. *Le 15, montée laiteuse.* Depuis ce temps le malade ressent des douleurs fréquentes surtout à la partie supérieure du ventre. Elle ne perd rien.

Le 29 octobre à 6 heures du soir violente céphalagie. T. 38°2, *écoulement par la vulve d'un liquide fétide et noirâtre*, col ayant toute sa longueur. Le ventre est d'une sensibilité extrême. Injections vaginales.

Le 30, cet écoulement est de plus en plus fétide. A 3 heures

du soir, en pratiquant le toucher, M. Bouffe de St-Blaise sent dans le vagin des membranes qui sortent par un orifice limité en bas par quelques bourgeons du col, en haut par une paroi qu'il est impossible de délimiter par le toucher. Il introduit dans cet orifice un ballon Champetier de moyen volume. Il ne sent aucune partie fœtale, le ventre est dur, dans un état de contraction habituelle et mesure 29 centimètres de haut. Il est douloureux surtout au voisinage de l'ombilic.

Le ballon ne provoque aucune contraction. Il crève à minuit, on introduit le grand modèle, qui ne provoque non plus aucune contraction.

Le 31, à 9 heures du matin, le ballon est légèrement engagé dans l'orifice. Le ventre a augmenté de volume. Il est très douloureux, au voisinage de l'ombilic un peu de crépitation neigeuse.

A 10 heures 3/4 sous le chloroforme on dilate l'orifice en tirant sur le ballon, il sort. *On introduit la main et au moyen de pinces à morcellement on extrait petit à petit le fœtus.*

On introduit alors la main pour pratiquer la délivrance artificielle, on constate l'existence d'une poche énorme à parois très minces, se prolongeant jusque sous les fausses côtes. A la partie supérieure, M. Bouffe croit sentir l'intestin. On extrait rapidement le placenta. On pratique immédiatement la laparotomie. Sur le péritoine, membrane de plusieurs millimètres d'épaisseur, impossible à décoller, on l'incise et on aperçoit l'utérus en arrière d'une ouverture située dans le cul-de-sac vésico-utérin et immédiatement en avant de lui. Hystérectomie après ligature des pédicules annexiels. *L'utérus extrait a le volume d'une orange. Il faut donc admettre qu'il existait une grossesse abdominale et que le kyste fœtal s'est ouvert entre la vessie et le col utérin.* Suture du péritoine au-dessus de l'ouverture vaginale.

L'opérée meurt le 1^{er} novembre à 8 heures 20 du matin.

AUTOPSIE le 2 novembre. — A l'ouverture du ventre on constate que le sac fœtal est limité de toutes parts par une paroi

ayant 3 centimètres d'épaisseur, limitée en bas par les fosses iliaques et l'aire du détroit supérieur. En haut cette poche perforée à gauche est adhérente à l'intestin grêle.

L'utérus a été enlevé avec ses annexes. La trompe gauche est intacte. A droite il n'existe que les 2/3 internes de la trompe. L'ovaire contenait un corps jaune. Il s'agissait ici d'une grossesse développée dans le tiers externe de la trompe. L'examen histologique de la portion restante a été fait ; il est publié plus loin, ch. VII. p. 64.

OBSERVATION XXX (Inédite)

Grossesse extra-utérine. — Rupture du kyste. — Péritonite. Laparotomie. — Mort.

Entrée le 5 décembre 1899. Antécédents : bien portante toujours, réglée à 15 ans 1/2 régulièrement, aucune maladie.

Grossesses et accouchements antécédents.

1^{er}, 3 octobre 1884, chez elle, fille, sommet spontané à terme, sein maternel 4 mois, puis au biberon par la mère bien portante.

2 et 3 novembre 1885, chez elle, fille, sommet spontané à terme, sein maternel 13 mois, morte à 9 ans de méningite.

3 novembre 1897, chez elle, garçon, sommet spontané à terme, sein maternel 8 mois, puis biberon par la mère bien portante.

5 mai, chez elle, sommet spontané, fille, sein maternel 3 mois puis biberon par la mère, bien portante.

A son entrée, temp. 37°5, p. 130.

Cette femme, âgée de 34 ans, journalière, a toujours été bien portante et bien réglée, elle a eu 5 grossesses normales et ses dernières règles du 1^{er} au 10 septembre. Vers le 10 octobre, la malade se plaignit du ventre et principalement de douleurs localisées dans la fosse iliaque droite, elle perdit aussi un peu de sang roussâtre et cet écoulement dura, dit-elle, très peu de temps et ne ressemblait en rien à ses règles.

Le 14 novembre, elle fut éveillée au milieu de la nuit par de

vives douleurs dans le bas ventre. Elle avait des sueurs abondantes, mais aucun frisson. Un médecin appelé conseille le repos au lit, des injections chaudes. Il examine, les jours suivants, la malade et dit qu'une opération est nécessaire.

La malade garde le lit quittant ses occupations et son travail ; dans la nuit du 29 au 30 novembre, elle est éveillée par de vives douleurs du ventre.

Le 30 novembre au matin, le ventre est ballonné, les douleurs s'irradient dans la cuisse droite, la défécation, quoique la malade remarque une forte constipation, n'est nullement douloureuse et la miction non plus n'est pas troublée. *Depuis ce moment, les douleurs n'ont pas cessé*, le ventre est ballonné, douloureux à la pression, la malade a des nausées même des vomissements, en plus, elle a eu une ou deux syncopes ; comme elle ne veut pas d'opération, le médecin lui fait des badigeonnages de collodion sur le ventre.

Dans la nuit du 4 au 5 décembre, la malade est prise de vomissements alimentaires, puis bileux, elle a une syncope assez longue et on la transporte à Baudelocque. La faiblesse est telle qu'on doit l'étendre immédiatement sur un brancard.

L'observation ne mentionne pas si la malade a eu d'autres pertes que les premières.

Elle a le faciès grippé, le pouls à 130. M. Baudron examine la femme, trouve le ventre ballonné, douloureux au moindre attouchement.

Au toucher il trouve : le cul-de-sac postérieur rempli par une tumeur rénitente qui refoule l'utérus en avant et en haut contre la symphyse. Un peu à gauche et à deux travers de doigt au-dessus de la symphyse il perçoit le fond de l'utérus, qui dans son ensemble est hypertrophié et le col un peu ramolli. La tumeur abdominale paraît se limiter à un travers de main au-dessus du pubis et à droite.

Il fait le diagnostic de grossesse extra-utérine avec hémorragie intra-péritonéale et péritonite. Il est décidé d'intervenir le plus tôt possible et de faire la laparotomie. M. Pinard, prévenu, partage cet avis.

Opération le 5 décembre à 1 heure de l'après-midi par M. Baudron. Incision des parois, on trouve des adhérences péritonéales et épiploïques épaisses dans tout le petit bassin.

Introduisant la main dans la cavité abdominale, M. Baudron ramène un fœtus du poids de 55 grammes et des caillots en quantité, en outre des débris de la poche tubaire à laquelle adhère le placenta. Le corps de l'utérus est hypertrophié. On tamponne à la gaze iodoformée et on suture. On lui fait ensuite un litre de sérum. Le fœtus extrait pèse 55 grammes, les caillots 270. Le placenta adhérent à la paroi du kyste 1305.

Le 6 décembre. La malade présente un facies mauvais P. 125.

T. 37°5. Vers le soir l'état s'aggrave et la malade vomit. Elle meurt le 7 décembre à 9 h. 15 minutes du matin.

Autopsie à l'ouverture du ventre, apparaît le tablier épiploïque, verdâtre et adhérent seulement en bas au pourtour de la plaie opératoire. Dans le flanc droit, quelques caillots sanguins à gauche, la graisse épiploïque qui adhère par son bout inférieur est très infiltrée et on pénètre dans le péritoine pariétal en suivant le contour du grand bassin. En arrière de l'utérus qui est collé contre la paroi antérieure du bassin dans le cul-de-sac de Douglas il y a un magma informe constitué par le reste du kyste adhérent au rectum et à l'iliaque. Mensuration de l'utérus, longueur 11.5, largeur 7.5, épaisseur 3.5.

OBSERVATIONS DE GROSSESSE EXTRA-UTÉRINE présentées à l'Académie de Médecine, par M. PINARD, aux noms de MM. ROUTIER et TUFFIER.

Voici d'abord l'observation de M. Routier, que je résume ainsi ;

Femme de trente ans, accouchée spontanément et à terme il y a dix ans. État général excellent avant et depuis son accouchement. Règles normales et régulières. Donc, et j'insiste sur ce point, *aucune affection antérieure de l'appareil génital.*

Dernières règles le 10 janvier 1896. *La grossesse évolue d'une façon absolument normale.* Les mouvements actifs sont perçus quatre mois et demi environ après la cessation des règles, et cette femme continue à se bien porter jusqu'au 8 novembre, jour où elle éprouve, pour la première fois, des troubles caractérisés par des vomissements. Le D^r Chevalier, de Sain (Nord), appelé, pratique un examen, constate l'existence des bruits du cœur de l'enfant et annonce un accouchement prochain. Le 12 novembre, apparition, dit l'observation, *des douleurs de l'accouchement* (?). J'avoue que sur ce point l'observation manque de précision. Quoi qu'il en soit, la sage-femme qui avait été appelée, ne constatant aucun progrès dans le travail, pensant à une présentation de l'épaule, fit appeler le D^r Chevalier pour pratiquer la version.

Notre confrère examine la soi-disant parturiente, n'entend plus les bruits du cœur, introduit son doigt dans l'utérus qui lui semble vide et ramène quelques débris membraneux. Expectation. Le 20 novembre, consultation avec les D^{rs} Sirat et Culat, et nos trois confrères posèrent alors le diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort.

Quinze jours après, les troubles causés par le faux travail avaient disparu, la femme paraissait rétablie, tout en conservant sa grosse tumeur abdominale. Il en fut ainsi jusque dans les *premiers jours de janvier*, moment où apparut un écoulement sanguin.

La femme étant amenée à l'hôpital Necker, dans le service de M. Routier, ce dernier constata que son ventre présentait tous les signes d'un gros kyste multiloculaire de l'ovaire droit. Donc *le kyste fœtal devait être distendu par beaucoup de liquide.* Mais les commémoratifs joints à l'examen détaillé auquel se livra M. Routier, lui firent porter le diagnostic de grossesse extra-utérine, avec tête du fœtus en haut et à droite. *Le col était repoussé en avant et en haut par une tumeur fluctuante communiquant avec la grosse tumeur abdominale.* Le

corps de l'utérus faisait saillie au-dessus et à droite des pubis ; aucune contraction ne fut observée.

Le 11 février, M. Routier opéra cette malade. Il commença l'opération, dit-il, avec l'intention d'ouvrir le kyste fœtal, de le vider et de le drainer. Mais les choses se présentèrent de telle façon qu'il alla beaucoup plus loin et qu'il enleva tout le sac.

« Après avoir ouvert le ventre, dit M. Routier, la tumeur se présentait tellement avec les caractères d'un kyste du ligament large, sans larges adhérences visibles, que je me laissai aller à en pratiquer l'extirpation totale ».

Engagé dans cette voie, voici les difficultés qu'il rencontra :

« Le kyste fœtal était développé dans les annexes droites : variété tubo ovarienne sous-péritonéale. L'aileron du ligament rond, distinct en avant, formait comme une écharpe en avant de la tumeur. Les annexes gauches étaient, ainsi que l'S iliaque, adhérentes à la tumeur, mais très bas, de telle sorte qu'après avoir lié et sectionné trois ou quatre adhérences épiploïques qui se trouvaient en avant du kyste, celui-ci me sembla assez libre pour être enlevé ; mais quelles adhérences en bas et en dehors !

« Alors, isolement du paquet artérioso-veineux utéro-ovarien droit, ligature double et section ; dans le moignon, *je vois un canal gris béant, ressemblant beaucoup à l'uretère* : je poursuis. Le décollement péritonéal, possible dans les kystes du ligament large, devient vite impossible ici, il faut couper ; de ce fait *je suis amené à dénuder l'artère et la veine iliaque dans toute leur longueur. La veine se déchire, je puis la pincer et appliquer une ligature latérale.*

« Dans le fond du petit bassin, j'arrache plutôt que je ne décolle. La séparation de l'S iliaque est particulièrement laborieuse et périlleuse.

« En avant, le kyste fœtal tient encore à la face postérieure de l'utérus, il faut l'en séparer au bistouri. Enfin le kyste fœtal est extrait en entier.

« Mais il restait *un uterus saignant comme une éponge par*

toute sa face postérieure et le bas-fond du petit bassin sans péritoine, tout cruenté.

« Je suis ainsi conduit à pratiquer l'hystérectomie abdominale totale comme moyen hémostatique, et à fendre largement la paroi postérieure du vagin pour drainer convenablement le petit bassin.

« Ici, autre incident. En pratiquant l'hystérectomie pour ouvrir les culs-de-sac vaginaux, je prie mon aide d'introduire une pince courbe dans le vagin pour en faire saillir la paroi. Il exécute ce temps, fait saillir le mors ; je coupe la paroi sur ce mors, avec deux doigts j'agrandis la boutonnière par déchirure. Stupéfaction ! J'avais ouvert la vessie — mon aide avait passé la pince dans l'urèthre ! Je ferme la déchirure de la vessie par une suture en bourse et fais mettre une sonde à demeure.

« J'ouvre enfin les culs-de-sac vaginaux et pratique l'hystérectomie par mon procédé. Drain, et sutures de la paroi abdominale.

« La durée totale de l'opération a été de 45 minutes.

« J'ai dit, dans le cours de l'opération, que j'avais coupé l'uretère.

« J'aurais pu en douter en suivant cliniquement la malade qui n'a présenté aucun symptôme pouvant faire croire que son rein droit avait été touché ; mais l'examen histologique fait par le Dr Durante ne laisse aucun doute et explique, en outre, l'absence de symptôme observée dans la suite.

« Le canal que j'ai donné à examiner était bien en effet l'uretère, vers sa terminaison. J'en ai enlevé 8 centimètres du côté vésical. Il était oblitéré par des débris épithéliaux, qui contenaient, en outre, des cocci et des staphylocoques.

« Cet uretère, comprimé outre mesure par le kyste fœtal, avait dû s'oblitérer, et le rein ne sécrétait probablement plus, suppléé par son congénère. »

Les suites de cette opération furent assez simples, et aujourd'hui la guérison est complète. Et M. Routier terminait sa

communication par les réflexions suivantes, que je tiens à citer textuellement :

« J'ai cru devoir publier cette observation, non seulement à cause de la rareté du fait et du succès que j'ai obtenu, *mais surtout pour mettre en garde ceux qui, comme moi, voudraient enlever une grossesse ectopique en totalité.* »

« Sans parler de la plaie de la vessie, qui est un accident que j'aurais pu éviter, les difficultés énormes pour libérer le kyste fœtal, qui cependant paraissait peu adhérent, la mise à nu de l'artère et de la veine iliaque, l'hystérectomie que j'ai dû faire pour compléter l'opération, faisaient que mon intervention était de la plus haute gravité.

« De sorte que je conclus volontiers en disant :

« Quand on attaque une grossesse ectopique de cinq mois, il est sage de se contenter de l'ouverture du kyste, de l'ablation du fœtus et du drainage de la poche, comme l'a conseillé le professeur Pinard, en laissant surtout le placenta en place si l'enfant est encore vivant.

« L'ablation totale d'un semblable kyste entraîne à des lésions qui peuvent mettre en péril les jours de la malade. »

Le 8 juin, M. le docteur Tuffier communiquait une observation intitulée : *Grossesse extra-utérine abdominale. Kyste sous-hépatique. Laparotomie abdominale. Extraction d'un fœtus. Guérison*, et dont voici le résumé :

OBSERVATION XXXII

Femme de 32 ans, qui lui est adressée parce qu'elle a une tumeur de l'hypochondre droit, tumeur sur la nature de laquelle on hésite, et dont le point de départ a été successivement placé dans le foie et dans le rein.

C'est une femme amaigrie, un peu jaune, et dont les antécédents pathologiques seraient les suivants : toujours bien portante jusqu'à 22 ans, elle aurait eu, à ce moment, une série de

coliques hépatiques ne s'étant pas renouvelées depuis ce moment. Premier accouchement spontané d'un enfant vivant, en 1894. Deuxième grossesse en 1895. Vers le troisième mois de cette grossesse, douleurs dans l'hypochondre droit, survenant brusquement, et s'accompagnant de vomissements, embarras gastrique et légère teinte subictérique. Bientôt, apparition d'une tuméfaction diffuse dans l'hypochondre droit. Les accidents aigus dévièrent peu, et laissèrent une sensation de pesanteur dans la région hépatique avec irradiation dans l'épaule et le membre supérieur droit. Cet état douloureux persista jusqu'à la fin de la grossesse, si bien que cette femme fut obligée de garder le lit presque constamment pendant la grossesse.

Au mois d'avril 1896, accouchement spontané à terme, d'un enfant vivant, et actuellement bien portant.

Huit jours après son accouchement, nouvelle crise *dite hépatique*, et accompagnée d'ictère. Cette crise laisse un état douloureux de la région biliaire, et une tuméfaction bien nette : douleur et tuméfaction qui augmentent par poussées, sans rétrocession entre les crises, et avec ictère d'intensité variable.

Le 4 juin 1896, deux mois après son accouchement, M. Tuffier l'examine et constate, exactement dans la région de la vésicule biliaire, la présence d'une tumeur du volume d'une tête d'adulte, arrondie, difficile à délimiter en haut, où elle se confond avec le foie, et en bas, où elle se perd dans l'abdomen. Elle est perceptible par le palper lombaire, et ballotte nettement. Sa consistance est ferme, rénitente et peut-être fluctuante ?

L'utérus est mobile, un peu volumineux, les culs-de-sac sont libres et on place nettement le bord cubital de la main entre son fond et la tumeur.

Le diagnostic est hésitant et flotte entre une hydronéphrose ou une hydropisie de la vésicule. Cependant M. Tuffier et trois de ses collègues penchent pour cette dernière manière de voir.

Opération le 15 juin 1896. Laparotomie sur le bord externe du muscle grand droit. « En arrivant sur le tissu sous-péritonéal, je le trouve, dit M. Tuffier, induré, lardacé et nettement

enflammé. Avant d'ouvrir le péritoine, je palpe de nouveau la tumeur et il ne me reste plus aucun doute sur sa nature. Je perçois en effet, et je fais percevoir par les assistants le phénomène de la *collision crépitante*, due au frottement les uns sur les autres des calculs contenus, à n'en pas douter, dans la tumeur. Je poursuis mon incision à travers le tissu induré, les deux feuilletés péritonéaux adhéraient et je tombe dans une poche kystique d'où s'écoule un flot de liquide noirâtre. Je débride mon incision par en bas et j'aperçois une surface grise couverte de petits poils. Introduisant mes doigts dans le kyste, je reconnais une tête et un corps de fœtus macéré que j'extrais facilement.

C'était un fœtus de cinq mois environ. La poche fut nettoyée, asséchée et garnie de gaze iodoformée, le placenta ayant été laissé en place. La plaie abdominale fut rétrécie par quelques points de suture.

Les suites de l'opération furent aussi simples que possible. La température ne dépassa pas 37°8. Pansement à la gaze iodoformée d'abord, puis aseptique, tous les trois jours, et lavages. Elimination du cordon et du placenta à partir du douzième jour. Cicatrisation de la profondeur vers la superficie. Guérison complète le 17 août.

Cette observation est remarquablement intéressante par les particularités suivantes :

1° Grossesse ectopique coexistant avec une grossesse utérine, cette dernière évoluant normalement jusqu'à terme.

2° Kyste fœtal n'ayant aucun rapport avec l'excavation pelvienne et siégeant dans l'hypochondre droit.

Observations diverses de grossesses extra-utérines
ayant paru dans les journaux étrangers

OBSERVATION XXIII

Grossesse extra-utérine. — Grossesse ectopique répétée chez la même femme. (Repeated ectopic Gestation in the same patient), J. EDGAR. Edinburg med. J., juillet 1889, p. 35.

Femme âgée de 34 ans, entrée le 15 novembre 1896. au « Samaritan Hospital » ; 4 accouchements antérieurs, le dernier quatre années auparavant, accouchements et suites de couches normaux. Santé bonne, en général, menstruation régulière et non douloureuse : jamais de leucorrhée, jamais de douleurs pelviennes. Durant sept semaines, *de mars à mai 1896, aménorrhée* avec malaises, nausées le matin et phénomènes du côté des seins. Puis, douleurs comme des crampes dans le ventre, sensibilité plus marquée dans la *région iliaque droite* et hémorrhagie utérine, celle-ci se prolongeant quatre à cinq semaines. Consécutivement, santé bonne, pas de souffrance, menstruation normale pendant les mois de juillet, d'août et septembre. Seconde période d'aménorrhée du 2 septembre au 30 octobre, également compliquée de nausées le matin et de phénomènes sympathiques du côté des seins. Le 28 octobre, 7 attaques de syncope, douleurs abdominales comme des crampes. Sensibilité au niveau de la région iliaque *gauche*, distention abdominale et maux de cœur ; le 30, hémorrhagie utérine avec expulsion de débris membraneux. L'hémorrhagie dura cinq jours et se reproduisit du 13 au 17 novembre.

Examen bimanuel. — Utérus légèrement augmenté de volume, en rétro dextroversion. A sa gauche, masse circonscrite, molle, de la grosseur d'un œuf de poule, émettant de sa face postérieure jusque dans le cul-de-sac de Douglas une sorte de cylindre dur, long et gros à peu près comme un doigt d'homme. Battements artériels plus marqués dans le cul-de-sac

gauche que dans le droit. Longueur de la cavité utérine, estimée au cathéter, un peu moins de 9 centimètres. Le 19 novembre, jour de l'entrée à l'hôpital, examen microscopique de petits fragments de muqueuse obtenus avec la curette, cellules déciduales nombreuses. Le 23 novembre, *salpingo-oophorectomie double* qui permet de constater que la masse cylindroïde se prolongeant dans le Douglas était constituée par du sang coagulé. *Suites opératoires absolument régulières.*

Annexes gauches. — La trompe gauche présente une dilatation ovulaire (3 centim. sur 2 et demi) située à 2 centim. et demi de l'extrémité frangée. A la partie postéro-externe existe une petite déchirure de la paroi tubaire, et dans cette région, adhère un volumineux caillot sanguin (4 centim. et demi, 2 et demi, 1 et demi). L'ostium abdominal est fermé, mais le reste de la trompe paraît normal. Le ligament large est épaissi, spongieux, vasculaire. L'ovaire, de volume normal, renferme plusieurs follicules de Graaf non rupturés et un volumineux corps jaune. A l'ouverture de la trompe, pas d'embryon, mais la portion distendue de l'oviducte est occupée par une môle tubaire, ce que met en évidence la présence de villosités choriales.

Annexes droites. — La portion enlevée de la trompe droite mesure 5 cent. 3 quarts. Sur sa face postérieure, 1 centim. et demi de l'extrémité utérine, existe une petite déchirure à laquelle adhère un caillot dur, sombre, beaucoup plus petit que celui attaché à l'oviducte gauche. La trompe, dans ce point, est plus mince et, à son ouverture, on reconnaît qu'elle est effectivement sténosée. Des 2 côtés, la trompe paraît normale, à cela près toutefois qu'à sa surface supérieure et à environ 2 centim. de l'ostium abdominal existe un ostium accessoire, entouré de franges longues d'un demi-centim. Les 2 ostia sont ouverts.

L'ovaire droit est de volume normal, mais à sa face postéro-externe existe un caillot ferme, rouge sombre (3 centim. 2, 1 et demi). Le caillot enlevé on constate qu'il émanait d'une cavité kystique rupturée, d'un diamètre de 1 centim. et demi. Un *examen histologique* ultérieur démontra formellement qu'il y

avait eu, à intervalles de plusieurs mois, grossesse tubaire, la grossesse la plus ancienne correspondant, ainsi que l'avaient indiqué les signes cliniques, à la trompe droite, la plus récente à la trompe gauche.

OBSERVATION XXXIV

Extirpation complète du fœtus et du sac dans un cas de grossesse extra-utérine avancée (Complete removal of fœtus and sac in a case of advanced extra-uterine pregnancy), MAYO ROBSON. The British med. J., mai 1899, p. 6.

Femme âgée de 29 ans; a eu antérieurement 2 enfants, le dernier 5 ans auparavant. Depuis, bonne santé, menstruation régulière. Le 20 septembre 1897, la menstruation est plutôt exagérée. La menstruation suivante, attendue le 18 octobre, ne survient que trois jours plus tard, et prend les allures d'une *métrorrhagie qui se prolonge jusqu'au 15 janvier 1898.*

Le 20 novembre, la malade subit un choc moral violent, et à cette occasion la *métrorrhagie* se transforme en une hémorrhagie profuse.

A un examen pratiqué le 6 décembre, on songe à une fausse couche, la palpation abdominale ne décèle aucune tumeur, le cathéter utérin pénètre à 6 centim. $1\frac{1}{2}$. Le 13 décembre, pas de tumeur. Mais à la Noël, le palper bimanuel permet d'en constater une qui grossit rapidement, et qui au 15 janvier dépasse le pubis et reste à gauche de la ligne médiane. Le cathéter utérin s'oriente à droite. En février, la tumeur atteint l'ombilic, le cathéter s'incline toujours à droite; diagnostic de probabilité: grossesse dans la corne gauche d'un utérus bicorne; à ce moment, les doubles battements fœtaux sont perceptibles. Après le mois de janvier, pas d'écoulement jusqu'en juin; à ce moment, la malade en voit un peu mais la perte s'arrête vite. En juillet, juste un mois après, écoulement utérin sanguinolent. Depuis, jusqu'au moment où l'auteur examine la femme, 29 septembre, *métrorrhagie* plus ou moins abondante. Vers la

fin de juillet, *les mouvements* de l'enfant, qui avaient été perçus pour la première fois en février, devinrent plus forts, plus énergiques. Il survint alors aussi des douleurs abdominales, ayant le caractère de contractions, et tellement fortes, qu'on eut recours à la morphine administrée par la voie hypodermique. *Dès ce moment, cessation complète des mouvements fœtaux.* Les seins contenaient du lait et tous les autres symptômes de la grossesse existaient.

Examen le 29 septembre 1897. Tumeur abdominale volumineuse, utérus *refoulé à droite*. Il est facile de différencier le fond de l'organe de la tumeur : le cathéter indique une certaine augmentation de la cavité utérine. La voûte vaginale, à gauche, est repoussée en bas par la tumeur, col reporté à droite. *Pas de ballottement* : pas de souffle placentaire, pas de doubles battements fœtaux. *Diagnostic* : grossesse extra-utérine, fœtus mort. L'enfant étant mort, et l'état de la femme s'aggravant rapidement (amaigrissement, pouls de 110 à 120, fièvre tous les jours, etc.), on se décida à opérer tôt. *Opération*, le 4 octobre. Incision sur la ligne médiane; le ventre ouvert, on constate que le kyste fœtal est situé à gauche de l'utérus, dont il est séparé et distinct. L'S iliaque croise sa portion supérieure, l'épiploon adhère à la face antérieure du sac. Après avoir placé convenablement des éponges, ouverture du sac en avant et enlèvement d'une certaine quantité de liquide grumeleux, inodore, brunâtre; puis, extraction de l'enfant. Cela fait, on examine très attentivement le sac et l'on juge qu'il est possible de l'enlever complètement. En conséquence, le chirurgien lie les vaisseaux ovariens en dehors et fait en dedans un pédicule entre l'utérus et le sac. L'épiploon est ensuite détaché, les adhérences étant sectionnées entre des ligatures. Libération également de l'S iliaque et énucléation de la tumeur assez aisée, sauf quelques difficultés créées par les adhérences du feuillet postérieur du méso-colon de l'S iliaque, dans lequel cheminent de volumineux vaisseaux. L'énucléation terminée, bien que la séreuse paraisse parfaitement sèche, application

d'un tube à drainage en verre qui doit rester en place vingt-quatre heures. Le lendemain matin, l'écoulement est si insignifiant qu'on enlève le sac. Réunion de la plaie par première intention; enlèvement des sutures au bout de sept jours. Guérison absolument régulière.

OBSERVATION XXXV

Grossesse ectopique répétée chez la même femme; relation d'un cas dans lequel il y avait deux œufs extra-utérins (dans l'un, un lithopédion), qui furent heureusement enlevés au cours de la même opération (Repeated ectopic pregnancy in the same patient, with account of a case where two gestation sacs (one a lithopædion) were successfully removed from either side, at one operation) FERGUSON (J.-H.).

Obs. — Femme âgée de 29 ans. Un premier enfant en mai 1891, venu en présentation transversale, ne survécut qu'une heure. Second enfant en février 1892, né à 7 mois, mort également une heure après sa naissance. Depuis, menstruation régulière jusqu'en *janvier 1894, où la menstruation manqua*. Après quatre mois d'aménorrhée, subitement, attaque de douleurs abdominales violentes, *surtout à droite*. On ne sait pas s'il y eut, à ce moment, expulsion soit de caillots sanguins, soit d'une caduque. L'indisposition dura plusieurs semaines (cataplasmes, fomentations chaudes).

Ces accidents disparus, santé bonne (menstruation régulière jusqu'en février 1898). A cette époque, deux périodes menstruelles firent défaut. *Examen* le 11^e avril 1898 : douleurs pelviennes, rétention d'urine. La vessie évacuée, on constate, à gauche de l'utérus, une tumeur sensible, fluctuante, de la grosseur d'un œuf d'oie. Utérus augmenté de volume et refoulé à droite. A droite et un peu au-dessus du fond de la matrice, masse dure, assez irrégulière, donnant l'impression de l'ovaire ou d'un fibrome pédiculé. Après l'examen, expulsion par le vagin d'un fragment membraneux que l'examen histologique démontre être une portion de caduque typique. Il s'agit sûre-

ment d'une grossesse tubaire gauche, d'environ trois mois. Le 19 avril, *cœliotomie*. Le ventre ouvert, on constate, à gauche, une grossesse tubaire. A un simple contact, prudent cependant, le sac se déchire en arrière, et des caillots sanguins, du sang liquide s'échappent dans la cavité péritonéale. Le sac est enlevé en totalité en même temps que l'ovaire correspondant qui lui adhère intimement. L'hémorrhagie est vite maîtrisée. Il y a des caillots sanguins dans l'épaisseur du ligament large. *A droite*, tumeur irrégulière, noduleuse, reliée par un pédicule mince à une trompe sinueuse, très dilatée, adhérente au fond de l'utérus. La trompe ressemble à un intestin grêle, et est remplie de sérum, hydrosalpinx type. Le sac est un lithopædion et est rempli par les os d'un fœtus de 4 mois. Ce kyste à lithopædion est situé dans la cavité péritonéale, et est rattaché à la trompe par un fin pédicule. L'ovaire droit kystique est enlevé. *Guérison* régulière.

OBSERVATION XXXVI

*Grossesse extra-utérine près du terme, cœliotomie; extraction d'un enfant vivant. Guérison de la mère (Beinahe aus-
gestragene extra-uterin-Schwangerschaft. Bauchschnitt,
Extroktion eines lebenden Kindes, Genesung der Mutter),*
F. NEUGEBAUER. *Cent. f. Gyn.* 1899, n° 30, p. 776.

OBS. — Femme âgée de 36 ans, admise à l'hôpital le 12 septembre 1897. Premières règles à 14 ans; depuis, menstruation toujours normale. Mariée en 1892, a eu deux enfants et un avortement. Le dernier accouchement deux ans et demi auparavant ultérieur à l'avortement. Grossesse actuelle : dernière menstruation, probablement du 2 au 6 février 1897, mais plus courte qu'habituellement. Le 10 février, début d'une hémorrhagie qui se prolonge six semaines. Augmentation du volume du ventre; en juin, première perception des mouvements de l'enfant. Ces mouvements causent de telles douleurs que la femme consulte plusieurs médecins. Durant les trois premiers mois, injection de morphine deux fois par jour. Amaigrissement,

diminution continue des forces. Entrée à l'hôpital. Etat apyrétique, poumons et cœur normaux. Urines normales, ventre pendant, diastase accusée de la ligne blanche. Ventre comme à la fin de la grossesse, mais irrégulièrement développé, moitié gauche plus volumineuse. De l'ombilic à l'appendice xiphoïde, 25 centim.; de l'ombilic à la symphyse, 28 centim. Circonférence abdominale au niveau de l'ombilic, 99 centim. A travers la paroi abdominale, on perçoit très nettement le fœtus, dont le dos paraît tourné à droite et en avant. Le siège est situé sur la fosse iliaque gauche, mais on ne peut trouver la tête, qui, sans doute, se trouve en haut et profondément. A l'exploration de la région hypogastrique, on perçoit immédiatement des mouvements fœtaux qui causent de vives douleurs à la femme. Bruits du cœur très nets au niveau de l'ombilic. Utérus en rétro-dextroversion. Cavité utérine, 11 centim., vagin normal, modifications typiques de la grossesse, bassin normal, colostrum dans les seins (Examen radiographique et radioscopique qui ne donna aucun résultat pratique). *Diagnostic* formel : fœtus extra-utérin, *vivant*. D'après l'examen attentif des anamnétiques, il semble ressortir que le début de la grossesse est antérieur à la perte du sang survenue du 2 au 6 février, et qu'il s'en faut seulement de vingt-quatre jours que le fœtus soit tout à fait à terme. *Opération*, le 16 septembre; la femme est placée dans la position de Trendelenburg. Narcose au chloroforme. Incision abdominale commençant 3 centim. au-dessus de l'ombilic et descendant à 3 centim. de la symphyse. Le ventre à peine ouvert, le siège de l'enfant s'échappe à travers l'incision, extraction rapide, le cordon est sectionné entre deux pinces de Péan. L'enfant crie immédiatement. Comme on n'a pas de couveuse, il est placé dans un berceau chauffé avec des bouteilles d'eau chaude. Il paraît ne pas y avoir de liquide amniotique, pas de sac fœtal. A peine le cordon de l'enfant est-il sectionné que le placenta qui s'insérait sur la face postérieure de la vessie et un peu sur la face antérieure de l'utérus, proémine à l'angle inférieur de la plaie, après *décollement spontané*. L'arrière-faix

n'est pas trop volumineux, et présente deux sillons qui le divisent en trois lobes. Circonférence périphérique du placenta 56 centim., longueur maxima 32 centim., etc. Cordon long de 32 centim., à insertion marginale. Le placenta extrait, hémostaté par compression et tamponnement, quelques ligatures en masse.

L'examen attentif des conditions anatomiques permet de reconnaître la présence, vers la périphérie du placenta, de débris des membranes ovulaires, constatation qui éveille l'idée d'une rupture du sac fœtal précoce, suivie de la résorption presque complète des membranes. Annexes utérines droites normales. Annexes gauches recouvertes de pseudo-membranes inflammatoires qui se prolongent jusqu'à l'S illiaque et qui, à cause de l'urgence qu'il y a à terminer l'opération, empêchent un examen plus circonstancié.

Pour se garer contre les dangers d'une hémorrhagie secondaire, tamponnement de l'excavation vésico-utérine avec trois bandes de gaze iodoformée dont les extrémités sont ramenées à l'angle inférieur de la plaie abdominale. Un seul plan de sutures, à points séparés, pour la fermeture de l'incision abdominale, à seule fin de gagner du temps. Durée de l'opération, 30 minutes.

Enfant vivant, longueur 47 centim., poids 2.958 gr. Diamètre O. F. 9 1/2, O. M. 15 centim. Le crâne présente une déformation, par dépression notable. L'enfant meurt au bout de neuf heures par débilité congénitale, consécutive peut-être au morphinisme de la mère. La nécropsie ne révèle rien de pathologique, sauf l'état d'atélectasie pulmonaire.

Suites opératoires pour la mère. Aussi favorables que possible. Le soir de l'opération 36°8, P. 100. Le 2^e jour, enlèvement d'une des bandes de gaze iodoformée. Le quatrième jour, calomel et huile de ricin. Ce même jour, T. 38°, enlèvement des autres bandes iodoformées. Ecoulement fétide. Le huitième jour, enlèvement des sutures. Application d'un drain de caout-

choue dans l'espace vésico-utérin et lavages quotidiens. Le quinzième jour, premier bain. A partir du 26 octobre, apyrexie. *Exeat* le 10 novembre, la fistule abdominale non encore complètement fermée. La femme est revue un peu plus tard; son état a continué de s'améliorer.

CHAPITRE V

Diagnostic

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine présente des difficultés qui varient suivant le moment de son évolution et il repose sur un ensemble de faits et de symptômes et non pas sur quelque signe spécial ; aussi, est-il important de bien examiner les malades et d'en recueillir le plus de renseignements possible.

Les difficultés tiennent, soit au manque de signes certains de la gestation et alors on pense à une autre affection, telle qu'un fibrome, etc., soit que la présence du produit de conception n'éveille pas l'idée d'une grossesse extra-utérine, mais tout simplement celle d'une grossesse ordinaire ; alors ce n'est que l'évolution ultérieure qui rectifiera le diagnostic. Nous examinerons les différentes affections avec lesquelles la grossesse ectopique a pu être confondue avant le cinquième mois, nous ferons cependant une restriction, car se livrer à la discussion de tous les cas publiés, serait vouloir passer en

revue toute la pathologie abdominale. Puis nous verrons les quelques affections qui peuvent être confondues avec la grossesse ectopique alors que la présence d'un enfant est constatée.

Parmi ces affections, une des plus importantes est la salpingite vulgaire ou bien le kyste tubaire. Le diagnostic en est difficile à ce point que certains auteurs le déclarent impossible sans le secours des phénomènes sympathiques de la grossesse et que d'autres nient la possibilité de l'établir. Il est certain que des erreurs peuvent être commises, mais nous avons vu nombre de fois ce diagnostic posé avec une telle certitude et vérifié par l'intervention opératoire, que nous pouvons faire ressortir les arguments qui permettent de l'établir.

Etd'abord, les signes sympathiques réclamés par quelques auteurs font le plus souvent défaut, soit qu'ils aient été diffus dès le commencement, soit que la malade en ait perdu le souvenir, soit enfin qu'ils n'aient jamais existé. Donc, on en tiendra compte si les commémoratifs nous les fournissent, mais nous ne les considérons pas comme indispensables pour le diagnostic.

Parmi les commémoratifs, l'arrêt des règles, où si l'on aime mieux, les modifications de l'époque cutaméniale auront une valeur assez importante, mais c'est tout; la douleur dont nous avons parlé est plus propre à dérouter le diagnostic qu'à le confirmer, c'est donc principalement à l'exploration physique, qu'il faut demander le diagnostic, et c'est elle qui nous le fournira.

Ici, nous pouvons diviser les faits en deux grandes catégories. La grossesse tubaire est intacte ou bien elle est rompue,

a) *Grossesse tubaire intacte.* — Prenant les choses simplement, il s'agit en somme d'une tumeur de la trompe dont il faut reconnaître la cause. Nous pensons dès l'abord, éliminer les tumeurs solides de la trompe, ce sera donc un diagnostic à faire entre les collections tubaires ? S'agit-il d'une salpingite ou d'une grossesse tubaire. Nous avons, en faveur de la salpingite, le passé pathologique utéro-salpingien, l'origine gravidique ou blennorrhagique de l'affection, les écoulements purulents, les phénomènes douloureux aigus, les manifestations fébriles qui ne font presque jamais défaut dans l'évolution d'une salpingite, voir quelquefois des symptômes péritonéaux graves. Voilà un ensemble de symptômes anamnestiques et fonctionnels qui font défaut dans la grossesse extra-utérine et que l'on doit dépister avec soin.

Les caractères de la tumeur présentent aussi des différences considérables, il est tout à fait rare qu'un pyo-salpinx ne déforme la trompe d'une façon tout à fait particulière qui fait que le clinicien la reconnaît du premier abord ; irrégulière, flexueuse, tordue, ou en quelque sorte inégale dans sa consistance, douloureuse au toucher et, par dessus tout, peu mobile. L'adhérence, voilà le symptôme capital de la salpingite tantôt intime avec les ligaments larges, l'utérus, ou les culs-de-sacs, tantôt moins importante, mais faisant toujours perdre, en partie, la mobilité de la trompe. Nous avons vu par contre qu'un des caractères de la grossesse salpingienne non rompue, indépendamment de sa forme était sa mobilité particulière, cette tendance qu'elle offre à vouloir

s'énucléer entre les mains qui pratiquent l'examen combiné. Sa consistance aussi est bien différente du pyosalpinx puisqu'elle est uniformément dure, alors que dans les salpingites susceptibles de simuler la grossesse extra-utérine, il est rare qu'on ne rencontre pas à côté de points d'une dureté ligneuse des parties offrant une consistance molle.

Interrogeons l'autre trompe, elle nous fournira toujours quelques renseignements utiles. D'ordinaire, saine dans la grossesse extra-utérine, elle est communément altérée dans les salpingites. M. Auvray dit, à propos de trois observations parues dans le *Progrès médical* du 9 juin 1900 : « Chez mes trois malades opérées avec succès, je conservai les annexes opposées au côté malade, après m'être assuré qu'elles étaient saines. Je sais que des cas ont été rapportés où la récurrence s'est faite du côté qui avait été laissé comme sain, cependant, il me semble que nous ne sommes pas autorisés à pratiquer la castration totale, parce qu'une récurrence, — très problématique du reste, — pourrait se produire dans les annexes laissées en place. » La lésion, dans la salpingite, est presque toujours bilatérale tout en prédominant d'un côté, mais la lésion du côté le moins affecté ne serait-ce qu'une simple douleur à la pression avec un peu de gonflement, l'on devrait en tenir compte en vue du diagnostic et l'enregistrer soigneusement.

Sans doute, l'utérus peut, comme dans la grossesse extra-utérine, être hypertrophié, mais cette hypertrophie concentrique, non seulement n'atteint jamais les proportions qu'elle affecte dans la grossesse tubaire, mais elle

augmente très peu le diamètre vertical de l'utérus. Si l'on examine la malade à un mois d'intervalle par exemple, on peut constater encore que l'utérus a subi un nouvel accroissement dans la grossesse extra-utérine, alors qu'il reste stationnaire dans la salpingite.

Nous avons fait ressortir soigneusement l'importance de l'exploration de l'ovaire dans la grossesse ectopique et nous avons montré qu'il était à sa place toujours possible, voir même facile de le reconnaître et de constater son indépendance par rapport au kyste fœtal. Or, nous savons que dans la salpingite, très communément, l'ovaire prolaté en quelque point fait partie du pyosalpinx auquel il est réuni par des adhérences.

Voilà en somme une série de signes physiques lesquels, opposés les uns aux autres, permettent de distinguer la grossesse extra-utérine d'avec la salpingite. D'ailleurs, nous avons les symptômes fonctionnels, sur lesquels nous avons insisté à dessein à propos de la symptomatologie, qui viennent corroborer les résultats de l'exploration physique. Cette hémorrhagie plus ou moins tenace aux allures spéciales, à la coloration toute particulière, cette expulsion de la caduque quand elle a lieu, ces apparences de faux travail enfin, ne se rencontrent jamais dans la salpingite.

Dans l'ordre des salpingites, nous devrions peut-être insister sur une variété encore entourée d'obscurité et mal décrite dans les livres classiques, nous voulons parler de la salpingite tuberculeuse. Celle-ci pourrait être confondue avec une salpingite ordinaire, mais jamais avec une grossesse ectopique, car les caractères prédo-

minants sont la bilatéralité et les adhérences, indépendamment d'une autre série de manifestations cliniques qu'il nous paraît inutile de faire ressortir dans l'étude du diagnostic.

Je serai bref sur le diagnostic de l'*hydro-salpinx*, car il est beaucoup plus facile à établir que pour le salpingite : une série d'arguments peuvent d'abord être tirés du diagnostic que nous venons d'établir avec la salpingite. Nous savons aujourd'hui que l'hydro-salpinx est toujours la conséquence d'une salpingite vulgaire ayant subi des transformations anatomiques spéciales. C'est donc par un passé pathologique que la malade traverse avant d'édifier son hydropisie tubaire ; ce passé pathologique est celui d'une salpingite. Voilà déjà un point tout à fait en opposition avec ce que nous savons sur la soudaineté, sur l'apparition rapide et sur l'évolution spéciale de la grossesse tubaire. Les caractères physiques d'une hydropisie tubaire sont aussi bien différents de ceux de la grossesse extra-utérine. Sans doute, la tumeur peut avoir une forme globuleuse ou ovale, mais souvent aussi le kyste occupe toute l'étendue de la trompe.

Il est tout à fait exceptionnel qu'il fournisse à la main cette rénitence ou cette dureté spéciale du kyste fœtal ; généralement il est plus mou, plus dépressible, il éveille en un mot, l'idée de la fluctuation ; souvent aussi, l'ovaire également kystique fait partie du kyste tubaire avec lequel il communique. Il est tout à fait exceptionnel quel l'autre trompe ne soit atteinte à un degré quelconque et qu'elle ne soit à son tour ou hydrique ou bien atteinte de salpingite. Donc, ici encore la bilatéralité des lésions

est la règle. Nous ferons encore ressortir quelques particularités, au point de vue de la mobilité du kyste, c'est là un point que nous avons eu la bonne fortune de contrôler à plusieurs reprises à l'Hôtel-Dieu, c'est pourquoi nous croyons devoir les rapporter.

Lorsque le kyste fœtal est très mobile, c'est qu'il est dépourvu actuellement d'adhérences, et dans ce cas, sa consistance éveille presque toujours la fluctuation. Donc, dans le cas de kyste fœtal, mobilité, rénitence ou dureté à opposer à la fluctuation de l'hydropisie tubaire. Si, au contraire, le kyste tubaire fournit une sensation de rénitence ou d'induration, c'est qu'il est englobé dans des adhérences et alors il est immobile.

Maintenant d'autres symptômes peuvent exister encore sur lesquels nous passerons rapidement, tels sont les signes de métrite, les éjaculations tubaires qui constituent l'« hydrops tubae profluens » de Frorieps, etc.

En somme, comme pour la salpingite, le diagnostic de l'hydropisie tubaire nous paraît être possible dans la grande majorité des cas.

Où le diagnostic pourrait se compliquer et devenir impossible dans certains cas, c'est lorsque la grossesse extra-utérine prend naissance dans une trompe déjà atteinte de salpingite et accompagnée de lésion de métrite; ces cas sont loin d'être rares et dans ces derniers temps, un auteur étranger a prétendu qu'ils constituaient la règle. Il y a sans doute là une exagération et la clinique nous apprend que, si la grossesse extra-utérine survient dans ces conditions, elle ne se développe guère que dans des trompes anciennement malades où les phénomènes

de métro-salpingite ont déjà disparus depuis un laps de temps assez long. Il s'agit en somme d'une nouvelle affection dans un organe anciennement malade et dont l'analyse des symptômes nous conduit à établir le diagnostic.

Certaines affections de l'ovaire, kystes, suppurations, hématômes, petites tumeurs solides, pourraient aussi prêter à confusion, leur diagnostic est parfois assez délicat. Il doit être principalement basé sur l'analyse des signes physiques.

La tumeur formée par l'ovaire malade est toujours très éloignée de l'utérus, extrêmement mobile, elle occupe parfois le voisinage ou même la place de l'ovaire sain, elle n'est pas reliée à l'aide d'un cordon ou pédicule à la corne utérine, elle en paraît tout à fait indépendante, il est souvent possible d'isoler au-devant et au-dessus d'elle la trompe utérine et d'arriver à constater qu'elle est formée aux dépens de cet organe. Si toutefois les deux organes sont continus l'un à l'autre, comme dans certaines suppurations ou dans certains kystes de l'ovaire, c'est que la trompe elle-même est malade et qu'il s'agit en somme d'une salpingo-ovarite. Nous avons suffisamment insisté sur ce diagnostic pour n'avoir pas à y revenir.

b) *Grossesse tubaire rompue*. Nous sommes ici en présence d'une hématocele, c'est donc le diagnostic de l'hématocele qu'il faudrait établir, ceci sort de notre cadre et nous ne le discuterons pas. Nous ferons ressortir les particularités inhérentes à la grossesse tubaire en rappelant ce que j'ai dit à propos de la symptomatologie. On

peut trouver à côté de la tumeur de l'hématocèle et adhérent à celle-ci une autre tumeur qui la flanque d'un côté et qui adhère, cette autre tumeur se continue par un pédicule avec la corne utérine. Là, il n'y a pas à s'y tromper, même sans rechercher les caractères de cette tumeur, on peut affirmer qu'il s'agit d'une grossesse ectopique rompue ayant fourni le sang qui a formé la tumeur de l'hématocèle. Dans d'autres cas, l'hématocèle déborde l'utérus et englobe d'un côté l'une des deux trompes qu'on ne peut plus retrouver à sa place normale : là encore, si les sensations recueillies sont positives, on peut affirmer qu'il s'agit d'une grossesse ectopique rompue, ayant fourni le sang de l'hématocèle au milieu des caillots de laquelle on trouvera au cours de l'opération, la trompe rompue.

Si nous n'avions pas la crainte d'affronter la discussion, nous dirions même, que toutes les fois qu'il y a hématocèle, il y a lésion de la trompe et que cette lésion dépend d'une grossesse ectopique, c'est là une conviction que nous avons acquise non pas en lisant les livres classiques, mais en observant ce qui se passe journellement au cours des opérations. Nous n'avons nullement la prétention de redresser une erreur, mais nous rapportons ce que nous avons observé. Nous avons jamais vu une laparatomie entreprise soit contre une hématocèle, soit contre une hémorrhagie intra-péritonéale sans que les lésions causales n'aient été celles de la grossesse extra-utérine. Nous nous sommes efforcé d'établir le diagnostic avec les affections usuelles que l'on observe en clinique.

Nous nous arrêterons là, ne voulant pas allonger ce chapitre déjà suffisamment important, en recherchant la différence qui pourrait exister entre la grossesse ectopique et d'autres affections du bassin avec lesquelles rarement le diagnostic se trouve aux prises. Nous tenons ici à proclamer que les notions de diagnostic que nous venons d'exposer sont le fruit de l'enseignement clinique de mon ami et maître docteur Clado auquel je me fais un plaisir de faire hommage de cette partie.

La discussion sur les autres affections pouvant prêter à une erreur ne nous arrêtera pas autant, car les symptômes différentiels sont bien plus accusés et bien plus prononcés de chaque côté et le diagnostic est par conséquent beaucoup plus facile à établir.

L'erreur que l'on commet le plus fréquemment est de prendre les pertes de sang accompagnées ou non de douleurs et surtout avec l'expulsion de la caduque pour un avortement. Tandis que ces symptômes rentrent dans ceux de la grossesse ectopique il font penser qu'il y a eu grossesse utérine et avortement : comment éviter l'erreur?

Il faut d'abord avoir le soin de reconstituer l'histoire de cette grossesse et d'insister sur les troubles fonctionnels qui ont pu être observés et que nous avons longuement décrits, troubles de la menstruation, douleurs, pertes de sang diverses, etc., puis par le toucher, on constatera le volume de l'utérus et il faut bien se rappeler des dimensions que M. Pinard a données, car rapprochant l'âge de la grossesse avec le volume de l'utérus on se rendra compte de son développement, de sa consistance, s'il est en rapport avec l'âge de la grossesse ;

cette considération est malheureusement fort négligée par la notion peu précise que l'on peut avoir sur les dimensions de l'utérus gravide dans les premiers mois ; souvent aussi on se contente d'explorer seulement l'utérus, sans prendre la peine de pousser les investigations plus loin et l'on se retire sans avoir recherché s'il y a quelque tumeur au voisinage de celui-ci. C'est ainsi que peut passer inaperçue non seulement une grossesse ectopique mais toute tumeur qui peut exister en même temps qu'une grossesse normale. Malgré l'expulsion de la caduque qui est la cause la plus fréquente de l'erreur, il ne faut pas se contenter d'un examen superficiel contre lequel nous nous sommes élevé, mais de l'exploration minutieuse de l'excavation pelvienne et s'il y a grossesse utérine avec imminence d'avortement, l'évolution ultérieure dénotera la vérité soit par l'expulsion dans un laps de temps plus ou moins court d'un embryon, soit par la continuation de la grossesse.

C'est ici que l'inspection visuelle de la cavité utérine par l'hystéroscope rend des services immenses ; car dans le cas d'avortement on apercevra avec la plus grande netteté des débris placentaires au niveau de son insertion, au lieu que dans le cas de grossesse extra-utérine toute la surface interne de l'utérus ne présentera pas de productions de la muqueuse utérine.

Enfin l'avortement est accompagné de pertes de caillots et de sang beaucoup plus considérables que la simple expulsion de la caduque qui n'est jamais accompagnée de cette abondance d'écoulement. En dernier lieu l'examen des membranes s'il peut être fait, éclairera fortement le diagnostic.

Le diagnostic avec la rétroversion de l'utérus grávide présente au premier abord quelquefois une difficulté assez considérable : on a pris une rétroversion pour une grossesse ectopique, d'autres fois le contraire a été diagnostiqué. Dans les deux cas on observe des signes de grossesse avec des phénomènes douloureux. La principale différenciation, c'est l'existence de deux tumeurs dans la grossesse ectopique une petite et une plus grosse et la présence d'une seule tumeur dans la rétroversion d'utérus grávide. Souvent, la vessie distendue par la rétention d'urine, fréquente dans cet accident de la grossesse ordinaire, pourra faire flotter un instant le diagnostic. Un simple cathétérisme videra cette poche et l'exploration abdominale deviendra libre. Tarnier recommandait de bien explorer la tumeur et si l'on constatait des contractions à son niveau, la tumeur était constituée par un utérus grávide en rétroversion. Mais c'est au toucher et au palper combinés que l'on aura recours pour trancher le diagnostic.

Il est évident que l'évolution ultérieure éclairera le diagnostic, mais si la question d'opération est posée il ne faut pas commettre une erreur qui pourra être préjudiciable à la malade, le traitement étant différent et une faute pouvant s'ensuivre.

En plus de ce que nous avons dit plus haut, on sent par l'exploration attentive dans le cas de grossesse ectopique et dans la plus grande majorité des cas, la présence de l'utérus plus ou moins indépendant de la tumeur pelvienne, il est élevé et repoussé en haut par la tumeur qui s'est formée sous lui, le col est bien plus

accessible que dans la rétroversion de l'utérus gravide, il est déjeté vers la symphyse, le volume de l'utérus éveillera des doutes sur la possibilité d'une grossesse utérine et quelqu'un familiarisé avec le toucher écartera bien vite la possibilité d'une rétroversion. Cette exploration pour être concluante doit être faite pendant le sommeil chloroformique. Le diagnostic différentiel avec fibrome ou kyste de l'ovaire présente également quelques difficultés, surtout si ces tumeurs sont accompagnées de grossesse utérine.

Dans le cas où il y a grossesse utérine et une tumeur, il existe alors deux tumeurs, une l'utérus, l'autre dépendante soit de cet organe : un fibrome, soit de l'ovaire : un kyste. M. Wallich (*loc. cit.*) s'exprime ainsi au sujet du diagnostic différentiel dans ces cas. « Quand la grossesse est utérine elle ne s'accompagne pas de troubles fonctionnels habituels de la grossesse extra-utérine : pertes de sang, douleurs, etc. Mais il peut se produire de par la présence de la tumeur, des troubles de la miction et de la défécation. On peut en outre rencontrer des pertes de sang dues à un placenta prævia. Ainsi c'est surtout par l'examen local que le diagnostic doit être fait. L'utérus présente un volume en rapport avec l'âge de la grossesse, car si cet organe subit une hypertrophie dans le cas de grossesse extra-utérine, ce développement, puisqu'il est vide, se montre toujours bien inférieur à celui qu'il acquiert dans la grossesse utérine.

Toutefois dans les premiers mois, alors qu'il y a une tumeur, dont le volume correspond au développement normal de l'œuf à cet âge de grossesse, un seul examen ne

peut pas permettre d'arriver à un diagnostic ferme. Il est dans tous les cas indispensable d'observer à plusieurs reprises et de voir quelle est celle des tumeurs constatées, qui subit le développement correspondant à celui que doit présenter l'œuf. » Le point capital est donc l'observation attentive de l'utérus.

Nous ne citerons que pour mémoire le diagnostic d'avec la grossesse dans une corne d'utérus bifide, les cas étant d'une rareté extrême.

Nous ne nous arrêterons pas non plus sur les phénomènes auxquels donne lieu la rupture du kyste fœtal et qui a pu faire croire à des coliques néphrétiques, hépatiques (Observ. de Tuffier), à l'appendicite ou à la perforation stomacale ou intestinale.

Tous ces cas présentent une différence radicale entre eux et la grossesse extra-utérine.

Nous ne nous arrêterons pas non plus aux phénomènes péritonitiques de la rupture du kyste fœtal. La péritonite se reconnaîtra aisément à ses signes habituels, le problème consistera à en retrouver la cause dans une grossesse tubaire.

C'est à cette première période que se rapportent le plus grand nombre d'erreurs à cause des diverses affections qui ont une certaine analogie avec la grossesse ectopique; mais dans la deuxième période, il existe des symptômes qui permettent d'affirmer que la femme est enceinte et si le fœtus est vivant. Il n'est donc au fond qu'un diagnostic à faire; la grossesse est-elle utérine ou extra-utérine? Ce qu'il est, avant tout, nécessaire de connaître et ce qu'il faut savoir différencier, c'est la

consistance de l'utérus gravide, elle nécessite une petite mention. M. Pinard, dans son traité du palper abdominal, s'y est longuement arrêté.

La consistance de l'utérus gravide, suivant ce savant auteur, donne à la main une sensation de résistance réelle qui diffère absolument de celle fournie par une tumeur fibreuse ou un kyste de l'ovaire d'égal volume. « En déprimant, dit-il, l'utérus gravide avec le doigt ou avec le stéthoscope, l'utérus s'écrase, se déprime le plus souvent, tandis qu'un kyste roule sous les doigts ou l'instrument se déplace et semble se dérober aux investigations ».

M. Lepage dans une des séances de la Société d'Obstétrique (mai 1899), insista sur quelques cas de grossesse utérine, pris à tort pour des grossesses ectopiques, cette erreur provenant de l'interprétation défectueuse des symptômes et des renseignements fournis par les malades sur les incidents de leurs grossesses.

La grossesse ectopique pourtant par ses seuls signes physiques, bien établis, peut se différencier de la grossesse utérine.

Inutile de dire que l'on doit réserver une large part aux commémoratifs, l'on doit s'arrêter par conséquent sur les phénomènes du début qui accompagnent cette grossesse anormale et insister sur ses troubles fonctionnels.

Ainsi par la palpation et l'inspection de la tumeur, on sera frappé de sa fixité et de son immobilité dans l'abdomen et un œil exercé soupçonnera, rien que par l'aspect extérieur et la forme du ventre, que cette grossesse est tout au moins anormale.

Un praticien expert reconnaissant les sensations fournies par l'utérus gravide sur sa consistance et sa dépressibilité saura le distinguer d'une tumeur comme fibrome ou kyste de l'ovaire.

Après une exploration plus ou moins longue, lorsque la tumeur est constituée par l'utérus ; on le sentira se contracter légèrement, par conséquent la tumeur durcira par moments. Enfin une palpation attentive dans la grossesse ectopique fera reconnaître la présence de deux tumeurs, une plus volumineuse que l'autre. C'est alors le toucher et le palper combinés qui montreront que le col est ou non en continuité avec la grosse tumeur ou s'il fait partie de la petite tumeur, se trouvant couchée à côté de la plus volumineuse et pouvant même dans quelques cas se contracter et indiquer par ce fait qu'elle est constituée par l'utérus.

Le diagnostic de la grossesse extra-utérine sera confirmé lorsque la présence d'un fœtus étant certaine, l'utérus sera reconnu vide. Aussi nous ne saurions trop conseiller de pratiquer le cathétérisme intra-utérin digital et de pousser le doigt le plus profondément possible, car c'est le seul moyen d'exploration qui donnera des résultats positifs sur la vacuité de l'utérus. Il ne faut pas hésiter d'en faciliter l'exploration et d'employer le chloroforme qui sera précieux, même si l'on ne parvenait pas à faire pénétrer son doigt dans la cavité utérine, en facilitant l'examen général de la tumeur ou des deux tumeurs, utérus et kyste.

Dans le cas de mort du fœtus, il faut avoir soin de reconstituer l'histoire de la maladie entière, et, à ce sujet,

M. Wallich (*Loc. cit.*) s'exprime ainsi à propos du diagnostic : « La grossesse extra-utérine avec enfant mort, alors que le kyste forme une tumeur abdominale sous ou sus-ombilicale, peut être confondue avec un fibrome ou un kyste de l'ovaire, et cela, parce que la tension du kyste est plus considérable et ne permet pas de percevoir les parties fœtales. Bien qu'il soit exceptionnel qu'un kyste de l'ovaire ou un fibrome présente la même immobilité que le kyste de la grossesse extra-utérine, il ne faut pas oublier qu'exceptionnellement ce kyste peut présenter de la mobilité. Aussi à côté de ces signes physiques, en présence d'une tumeur abdominale péri-utérine dont la tension et la résistance rendent difficile l'appréciation de sa nature et de son contenu, il est nécessaire de fouiller avec soin les antécédents; si alors, on retrouve l'histoire de la grossesse, suspension des règles pendant un temps correspondant au développement de l'œuf, puis réapparition de ces règles deux mois environ après la mort du fœtus, on pourra, même si l'on ne peut arriver à sentir dans le kyste ni ballotement, ni la crépitation osseuse, on pourra se rallier au diagnostic de grossesse extra-utérine avec enfant mort et agir en conséquence ».

Or, le diagnostic de la grossesse extra-utérine repose, comme on peut s'en rendre compte, mieux que tout autre affection, sur un ensemble de faits probants, aussi ne faut-il pas se contenter d'un seul examen, même approfondi.

Il faut insister auprès des malades sur la nécessité absolue d'examens répétés à intervalles plus ou moins

longs, car, alors, les signes différentiels s'accusent davantage : en se rappelant les sensations perçues aux précédents examens et en rapprochant celles que l'on perçoit au nouveau, l'on a une grande chance de poser un diagnostic exact.

CHAPITRE VI

Pronostic

Le pronostic de la grossesse extra-utérine tire sa gravité des complications qui surviennent au cours de son évolution. En règle générale, elle crée *pour la mère* depuis les premières heures de son évolution jusqu'au moment où elle arrive à un terme variable un danger permanent ; *quant au fœtus* il est tout à fait exceptionnel de le voir vivre, il a pu cependant dans deux cas que nous avons cités, être extrait vivant de l'abdomen maternel et survivre.

La considération qui semble dominer toute la gravité des accidents qui peuvent survenir, c'est la rupture tubaire dans les premiers mois pouvant provoquer une hémorrhagie grave puis la rupture du kyste fœtal ayant lieu généralement dans les derniers mois peut être souvent fatale par l'infection consécutive.

Si après les premières crises survenues de la troisième à la huitième semaine, la femme a pu résister, et c'est le

cas le plus fréquent, outre ce danger de la rupture ou de l'infection, les souffrances de toutes sortes, les pertes de sang altèrent considérablement la santé des femmes, qui se cachectisent et finissent par succomber, si l'intervention chirurgicale ne vient pas mettre un terme à leur affection.

Le pronostic est essentiellement variable suivant l'âge de la grossesse ectopique ; dans les premiers mois, que la rupture tubaire soit faite ou non, la mort par hémorrhagie interne est toujours à redouter jusqu'au cinquième mois et d'après l'observation de cette femme qui meurt subitement, c'est vers ce moment qu'elle a succombé, plus tard c'est surtout l'infection qui est à craindre. Puis, à moins que l'évolution du fœtus soit arrêtée de bonne heure et que l'intervention chirurgicale vienne extirper le kyste foetal, il y a une sorte d'accalmie jusqu'au moment plus ou moins rapproché du terme où le produit de conception meurt, donnant lieu tôt ou tard à des phénomènes d'infection ; cette phase est également très grave à cause de la septicémie péritonéale ou générale, qui peut s'en suivre.

Une considération pourtant fort importante pour le pronostic de la grossesse ectopique c'est la notion exacte de cette grossesse qui évolue d'une façon anormale.

Lorsqu'en un mot, le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé, l'attention et la surveillance continuelles dont la femme doit être l'objet, atténuent considérablement la gravité du pronostic, car l'accoucheur au courant de l'état de la femme sera toujours muni des précautions nécessaires pour que l'intervention chirurgicale se fasse en temps favorable.

CHAPITRE VII

Considérations générales sur le traitement et principalement sur ses indications à partir du cinquième mois.

Dans la question du traitement de la grossesse extra-utérine, il y a tout un côté n'offrant plus qu'un intérêt historique ; aujourd'hui la question si intéressante de l'intervention chirurgicale dans la grossesse ectopique a soulevé de nombreuses discussions et tout récemment encore elle en a été l'objet à l'Académie de Médecine.

Nous ne pourrions cependant rien ajouter au rapport si complet que M. Segond a présenté au congrès de Marseille 98 sur la question du traitement des grossesses extra-utérines; aussi le consulterait-on avec fruit si la question du traitement d'un cas de grossesse ectopique était soulevée. Elle ne présente plus d'incertitudes, lorsque le diagnostic est fait surtout à la première période où les hémorrhagies sont à redouter ; temporiser, compter

sur l'hémostase spontanée c'est enlever à la malade une bonne chance de salut, car une laparotomie bien faite aujourd'hui ne doit jamais être redoutée et les dangers qu'elle apporte sont minimes en face du danger de l'attente. Ce qui est vraiment très intéressant à connaître, ce sont les considérations qui doivent conduire le chirurgien à l'opération après le cinquième mois. M. Pinard a si bien tracé cette question qu'on ne peut faire autrement que reproduire les lignes qu'il a écrit à ce sujet dans les *Annales de gynécologie*, août 1895.

« Il arrive que le diagnostic de grossesse extra-utérine est posé dans les deux circonstances suivantes :

1° La grossesse est dans la dernière moitié, comme dans le cas que je viens de rapporter (avec un enfant vivant).

2° Le fœtus, âgé de plus de cinq mois, est mort seulement depuis quelques jours.

Dans ces deux cas, devons-nous intervenir de suite ? Telle n'est point mon opinion, et voici mes raisons.

Quand l'enfant est mort depuis quelques jours seulement, je crois qu'une intervention immédiate exposerait la mère aux dangers d'une hémorrhagie au même degré que si l'enfant était vivant. Et c'est pour cette raison que je préfère attendre deux mois environ, c'est-à-dire la cessation de la vascularisation placentaire active. Mais il est bien entendu que si des symptômes faisaient craindre, ou une rupture, ou une transformation purulente de son contenu, je n'hésiterais pas à intervenir de suite, au risque de courir les dangers de l'hémorrhagie, ceux-ci étant moins grands que ceux qu'on redoute d'une péritonite purulente.

Vous le voyez, l'intérêt de la mère est ici seul en jeu, et ce sont les circonstances qui, pour moi, dictent l'intervention.

Quand l'enfant est vivant et âgé de six mois, en intervenant de suite, c'est-à-dire en sacrifiant l'enfant, intervient-on dans des conditions plus favorables pour la mère que si l'on intervenait à l'époque de la viabilité du fœtus ? Je ne crois pas. Je pense qu'à cette époque les dangers de l'hémorrhagie sont sensiblement les mêmes qu'à la fin de la grossesse, parce que le placenta, à cette époque, est en grande partie développé. Et c'est pour cette raison que, ne faisant pas courir plus de dangers à la mère, je préfère tenter la chance de sauver l'enfant et faire, comme l'a dit Rein au Congrès international d'obstétrique et de gynécologie de Bruxelles, *de la chirurgie obstétricale absolument conservatrice*.

Non pas qu'il faille conserver l'espoir de sauver beaucoup d'enfants en agissant ainsi, car souvent les enfants meurent avant d'avoir atteint l'époque de la viabilité. Comme preuve de cette assertion, je puis dire que sur trois cas où dans ces conditions, j'ai cru devoir attendre, deux fois les enfants sont morts avant que j'aie pu intervenir d'une façon utile en leur faveur. Le cas que je rapporte aujourd'hui est le seul qui m'ait permis de réaliser mon idéal.

Mais comme, dans cette occurrence, nous n'avons rien à perdre, il vaut mieux, à mon avis, essayer de sauver les enfants dont le développement ne sera point empêché, comme cela a déjà été fait un certain nombre de fois, et comme j'ai pu le faire moi-même.

C'est en m'appuyant sur ces principes, que je n'ai pas voulu intervenir de suite, me contentant de surveiller activement notre malade.

A ce propos, je ne saurais trop insister sur la valeur du *repos absolu* dans ces circonstances. Je suis convaincu que le développement énorme des vaisseaux de nouvelle formation entraîne leur fragilité et les expose à la rupture sous l'influence du moindre choc ou de la moindre pression. On a pu constater le bien fondé de cette assertion lors de mon intervention. Dès que j'eus touché à l'un de ces énormes vaisseaux, il se rompit et il est impossible, dans ces cas, de faire de la forcipressure, tellement est accusée la minceur et la friabilité des parois vasculaires.

Je n'insisterai pas davantage sur ces considérations, et je soulève une autre question : Sur quoi doit-on s'appuyer pour fixer le moment de l'intervention ? Ce point est également très important, car, intervenir trop tôt, c'est s'exposer, comme on l'a fait trop de fois, à extraire un enfant n'ayant pas encore toutes les aptitudes à vivre de la vie extra-utérine ; intervenir trop tard, c'est s'exposer à extraire un enfant mort.

Aussi, sur ce terrain si mouvant, je pense qu'il faut prendre en considération l'âge de la grossesse autant qu'on peut le connaître et le développement du kyste, contenant et contenu. Je crois que si le développement du fœtus dans un kyste fœtal n'est pas toujours entravé, il est tout au moins toujours plus ou moins gêné, retardé ; il se fait moins régulièrement que dans la grossesse utérine.

Aussi, me paraît-il prudent, pour avoir toutes les chances d'extraire un enfant tout à fait viable, de ne pas intervenir avant le 8^e mois tout à fait accompli. Je fixerais donc le moment opportun de l'intervention dans le cours du 9^e mois.

C'est ainsi que chez ma malade, bien que je ne fusse pas exactement renseigné sur la date des dernières règles, — je savais seulement qu'elle avait eu ses dernières règles au mois de juillet, — je ne voulus pas intervenir avant d'avoir constaté que le fond du kyste s'élevait à 35 centimètres au-dessus de la symphyse (le fond de l'utérus à terme s'élevant en moyenne à 34 centimètres) et aussi avant d'être certain que la grossesse était dans le neuvième mois. Et la suite a démontré que je n'avais pas eu tort d'attendre jusqu'à cette époque.

Le moment de l'intervention étant fixé, j'étais absolument fixé sur le manuel opératoire que je suivrais. J'étais résolu à pratiquer la laparotomie, à ouvrir le kyste, à extraire le fœtus *et à ne pas toucher au placenta*, me contentant de la marsupialisation ou de l'extériorisation du sac.

D'après la lecture des observations publiées, et d'après ce que j'ai vu moi-même dans dix-sept cas, je pense qu'il est bien préférable, dans l'intérêt de la femme, de ne pas essayer d'extraire le placenta ou d'extirper le sac. L'on ne sait jamais à l'avance quelles sont les adhérences du kyste, où le placenta est inséré ; en un mot, l'on ignore les difficultés auxquelles on pourra se heurter pendant l'opération. Aussi, pour ces raisons, je suis partisan convaincu de la méthode qui consiste à tout faire pour évi-

ter tout décollement du placenta, et à laisser ce dernier s'éliminer spontanément. Je redoute beaucoup moins la septicémie par rétention que l'hémorrhagie par extraction immédiate, et je m'appuie sur les faits pour juger ainsi. Aussi, je répète ce que j'ai déjà dit et écrit nombre de fois : *enlever tout le kyste est peut-être plus chirurgical, mais, c'est certainement moins prudent.*

Dans seize cas de marsupialisation, je n'ai pas eu un seul accident grave causé par la rétention placentaire. J'attendrai qu'un opérateur partisan de l'extirpation du sac, me montre une série semblable pour changer d'opinion.

J'ai pu constater que l'élimination du placenta, si elle était peut-être un peu retardée, se faisait aussi facilement après extraction d'un enfant vivant qu'après extraction d'un fœtus mort. L'élimination s'est faite, dans le cas actuel, du vingt-sixième au trente-deuxième jour. Je ferai remarquer aussi que la cavité du kyste fut irriguée depuis le jour de l'opération, jusqu'au moment de sa disparition, avec la solution de biiodure à 1 p. 4000, sans qu'il y eût le moindre symptôme d'intoxication hydrargyrique. »

CONCLUSIONS.

I. Le diagnostic de la grossesse extra-utérine ne présente pas des difficultés insurmontables ; il faut la soupçonner chez toute femme qui, après une suppression de règles, éprouve des douleurs localisées dans le ventre.

II. La grossesse extra-utérine présentant un ensemble symptomatologique qui suffit à mettre sur la voie du diagnostic ; la femme doit être examinée à plusieurs reprises pour bien apprécier les différentes manifestations cliniques, car il est quelquefois difficile de porter un diagnostic d'emblée.

III. Pour reconnaître une grossesse extra-utérine, il faut savoir reconnaître les signes de la grossesse dans l'histoire de l'affection observée, c'est dans cette recherche que l'on trouve souvent la difficulté.

IV. Dans toutes les observations on retrouve et surtout à la première période, des troubles variables : douleurs, pertes de sang, troubles généraux, troubles du côté de la vessie et du rectum, etc.

V. L'hystéroscopie permet de reconnaître si les pertes de sang sont causées par une production de la muqueuse utérine, permettant ainsi d'éliminer cette étiologie pour expliquer les pertes.

VI. Les règles sont supprimées pendant la grossesse extra-utérine et reparaissent deux mois après la mort du fœtus.

VII. L'expulsion de la caduque manque dans la majo-

rité des cas et le fœtus peut continuer à se développer et vivre ensuite chaque fois que ce fait se produit.

VIII. Le kyste fœtal après la mort de l'enfant au moment de la réapparition des règles subit une tension qui persiste et qui revient à chaque menstruation.

IX. Le kyste fœtal dans la plus grande majorité des cas est immobilisé dans la cavité abdominale et la superficialité des parties fœtales est tout à fait exceptionnelle.

X. Le cathétérisme utérin digital doit toujours être tenté, au besoin même sous le sommeil chloroformique.

XI. Lorsque l'enfant est vivant et qu'il est âgé de 6, 7 ou 8 mois, la femme doit être soumise à une observation rigoureuse et continuelle et on doit la mettre au repos absolu et pratiquer la laparotomie après le huitième mois et avant l'époque du terme, car les observations montrent qu'à terme et au moment du faux travail l'enfant meurt. Se conformant à cette règle M. Pinard a pu extraire de la cavité abdominale deux enfants vivants qui le sont à l'heure actuelle.

XII. « Toute grossesse extra-utérine diagnostiquée commande l'intervention chirurgicale » Pinard.

VU : LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
PINARD

Vu : LE DOYEN,
BROUARDEL

Vu et permis d'imprimer :
LE VICE-RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- AUVRAY. — Progrès Médical, 9 juin 1900.
- AUVARD. — Traité de gynécologie.
- BOUILLY. — Notes sur la grossesse extra-utérine. La gynécologie, février 1898.
- Notes sur la grossesse extra-utérine. La gynécologie, avril 1898.
- BINAUD. — De l'hématocèle pelvienne particulièrement dans ses rapports avec la grossesse tubaire. Th. Bordeaux, 1892.
- BRETTANER. — Diagnostic précoce de la grossesse extra-utérine. Med. New. juillet 1898.
- CHARPENTIER. — Art des accouchements, T. I^{er}.
- CESTAN. — Des hémorrhagies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. Th. Paris, 1894.
- CHOYAU. — Contribution à l'étude de l'inondation sanguine péritonéale par rupture tubaire. Thèse Paris 1896.
- COUVELAIRE. — Note sur l'anatomie de la réflexie dans la grossesse tubaire. Société d'obstétrique de gyn. et de paed., mars 1900.
- CLADO. — Traité d'hystérocopie. CoE.— Med.New., avril 1900.
- DOLÉRIS. — Communication sur le traitement de la grossesse ectopique. Société d'obstétrique de gyn. et de paed., avril 1900.
- EDGARD. — Edimburgh. med. J., juillet 1899.
- FERGUSSON. — J. H. British. Med. J., mai 1899.
- GOBILLOT. — Symptomatologie de la grossesse extra-utérine. Th. Paris 1894.
- JOÜON. — Contribution à l'étude de la grossesse tubaire. Th. Paris 1892.
- LEPAGE. — Ann. de gynécologie, juin 1899.
- LAWSONTAIT. — Traité des maladies des femmes, traduit par Ollivier, 1886.

- MAYGRIER. — Terminaisons et traitement de la grossesse extra-utérine. Th. agrég. 1886.
- MURET. — Avortement tubaire et rupture de la trompe gravide. Revue de gynécologie, 1898.
- Diagnostic différentiel de la grossesse utérine et de la grossesse ectopique et de quelques tumeurs abdominales. Revue de gynécologie, 1898.
- MAGO ROBSON. — British med. J. mai, 1899.
- NEUGEBAUER. — Cent. Gyn., 1899.
- OTTO-RUSTUER (de Breslau). — De la grossesse extra-utérine. Article traduit de l'allemand et paru dans les Ann. de gyn. et obstétrique par Labusquière 1899.
- PAQUY. — Des grossesses extra-utérines dans les trompes saines. Th. Paris, 1897.
- PINARD. — Dictionnaire encycl. des sciences médicales. Art. gross. extra-utérine.
Traité du palper abdominal.
Documents pour servir à l'histoire de la grossesse extra-utérine : douze observations. Ann. de gyn., avril 1889, sept. 1892.
Semaine médicale, janvier 1894.
Annales de gynécologie, août 1895.
- POZZI. — Traité de gynécologie.
- RIBEMONT-DESSAIGNES-LEPAGE. — Précis d'obstétrique.
- ROUTIER. — De l'hématocèle rétro-utérine, la gynécologie avril 1900.
- SEGOND. — Traitement des grossesses extra-utérines. Rapport au congrès de Marseille, octobre 1898.
- TARNIER-BUDIN. — Accouchements, T. II.
- THÉVENARD. — Contribution à l'étude de l'hématocèle rétro-utérine. Thèse, Paris, 1896.
- TAINTURIER. — Des gross. extra-utérines. Th., Paris, 1895.
- WALLICH. — Revue d'obstétrique et de paediatrie, sept. 1895.
Diagnostic de la grossesse extra-utérine.





BUZANÇAIS (INDRE), IMPRIMERIE F. DEVERDUN.
